FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919 — N° —

THÈSE

Présentée pour le doctorat de l'Université de Paris

(MENTION MÉDECINE)

PAR

DELITCH RADOVAN

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né à Drobgnak (Monténégro), le 25 mars 1888

Des Hernies Étranglées à travers l'Hiatus de Winslow

Président : M. HARTMANN, *professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

AMÉDÉE LEGRAND

36, RUE SERPENTE, 36

1919

A MA FEUE MÈRE

VICTIME DU CHAGRIN

Oh ! maman, je me trouve sur ton chemin, accompagné de la solitude et du chagrin ; n'ayant qu'une consolation — c'est ton remède.

A MON PÈRE

ET

A MA PETITE FRANCINE CHÉRIE

qui connaît mon chagrin et le meilleur remède.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/desherniesetrang0000vari

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien à l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

DES HOPITAUX DE PARIS ET DES HOPITAUX MILITAIRES

INTRODUCTION

—

Ecrire une thèse sur un sujet aussi rare que les hernies à travers l'hiatus de Winslow, n'est pas une tâche facile, d'autant plus qu'on ne peut pas baser l'étude de cette question sur l'expérience personnelle, ni même sur l'expérience des vieux praticiens ; puisque rares sont ceux qui ont rencontré dans toute leur longue carrière chirurgicale un seul de ces cas et nous ne connaissons pas un de ces praticiens qui a eu l'occasion de rencontrer deux ou plusieurs hernies à travers l'hiatus de Winslow. La difficulté vient encore de ce que le petit nombre d'observations, qui existent sur ce sujet, se trouvent dispersées dans les différents périodiques français ou étrangers, mais surtout étrangers, souvent impossibles de se procurer à cause de la difficulté des communications pendant la guerre et de la longueur du temps qu'il faut pour recevoir une réponse, qui quelquefois n'arrive jamais. Nous regrettons vivement de n'avoir pas pu, pour cette raison, arriver à nous procurer certains travaux récents comme celui de Bolognesi (*Su le hernié interne delle fossette peritoneali*, clin. chir. Milano, 1918 ; t. XXV, p. 250-297) ou celui de Stone (*Her-*

nia into the lessen peritoneale cavity through the toramen of Winslow. Wash., *Med. Annals*, 1918, XVII, p. 249)

Nous avons eu la rare occasion de voir un cas d'étranglement herniaire à travers l'hiatus de Winslow, en aidant le docteur de Martel pour l'opération d'une jeune femme présentant les symptômes d'une occlusion intestinale. L'intervention fut suivie de guérison. C'est à la suite de ce cas que nous nous sommes mis à faire des recherches et quelques expériences cadavériques en vue de notre thèse. Le Dr de Martel a eu l'extrême amabilité de mettre à notre disposition quelques observations qu'il avait recueillies, cela nous a facilité la tâche. Nous tenons à lui exprimer ici notre profonde reconnaissance.

Le remarquable travail de Jeanbreau et Riche, sur l'occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow, nous a rendu de grands services. C'est une étude très complète de la question; nous n'aurions pas grand'chose à y ajouter, à part quelques nouvelles observations, si la question du traitement, préconisé par ces deux auteurs, n'avait donné lieu à de vives critiques. Nous avons pensé qu'il était utile d'exposer dans un travail d'ensemble les discussions à ce sujet en nous efforçant d'en tirer ainsi que de nos recherches personnelles le traitement le moins discutable. On nous pardonnera si nous nous sommes mal acquitté de notre tâche, parce qu'elle était difficile à cause de la rareté des cas et l'impossibilité de trouver et d'observer plusieurs malades atteints de ce genre d'affection, seule condition permettant de se faire une opinion bien nette sur la question.

MEMENTO DE L'ANATOMIE DE LA RÉGION DE L'HIATUS DE WINSLOW ET DE L'ARRIÈRE CAVITÉ DES ÉPIPLOONS

Hiatus de Winslow (Foramen épiploïcum Winslowi, B. N. A.).

C'est une fente allongée de haut en bas qui fait communiquer l'arrière cavité des épiploons avec la grande cavité péritonéale. Elle est limitée :

En haut : par la face inférieure du foie, entre l'extrémité droite du sillon transverse en avant et le sillon longitudinal gauche postérieur contenant la veine cave inférieure en arrière. A ce niveau la surface hépatique est soulevée par un relief oblong et effilé : le prolongement caudé du lobe de Spiegel.

En arrière : par la veine cave intérieure.

En bas : par la première portion du duodénum.

En avant : par le pédicule hépatique.

Le péritoine se continue régulièrement sur tout le périmètre de l'hiatus, se collant successivement sur les organes : face inférieure du foie, veine cave inférieure, duodénum, pédicule hépatique.

En ce qui concerne le revêtement péritonéal de la

première portion du duodénum, deux cas peuvent se présenter : *a*) Le péritoine de revêtement pariétal après avoir tapissé la face antérieure de la veine cave inférieure, se réfléchit tôt au-dessus du duodénum. Dans ce cas l'hiatus a un siège sus-duodénal. *b*) Le péritoine pariétal pré-cave tapisse une partie de la face postérieure de la 1re portion du duodénum sur une étendue de 5 à 15 mm. Dans ce cas l'hiatus est sus et retro-duodénal.

Au niveau de la réflexion du péritoine pariétale pré-cave sur la face postérieure du duodénum Jeanbreau et Riche ont décrit une crête péritonéale antéro-postérieure, qu'ils comparent à un hymen falciforme, orientée dans le sens sagittal et qui retrécit la partie inférieure de l'hiatus en transformant son bord inférieur en arête vive.

Sur 15 cadavres que nous avons examinés nous n'avons rencontré cette crête bien marquée qu'une fois et encore trop peu résistante pour pouvoir lui attribuer l'importance que Jeanbreau et Riche lui attribuent dans l'étranglement.

Le pédicule hépatique est constitué : par la veine porte en arrière, l'artère hépatique propre en avant et à gauche ; les canaux cystiques et hépatiques formant cholédoque en avant et à droite. Ces organes se trouvent entre les deux feuillets péritonéaux du ligament hépato-duodénal qui va du sillon transverse du foie en haut, à la face postérieure de la première portion du duodénum, tout près de son bord supérieur en bas.

Wiart a décrit au niveau du pédicule hépatique un espace que Jeanbreau et Riche ont appelé *espace inter-porto-*

cholédocien, cet espace a la forme d'un triangle dont le sommet est en haut au niveau de l'intersection de la veine porte, très oblique en haut et à droite et du conduit hépato-cholédoque beaucoup moins oblique. Le côté gauche est formé par la veine porte, le côté droit par le canal hépato-cholédoque et la base se trouve en bas au niveau du bord supérieur de la tête du pancréas.

A l'état normal cet espace se trouve caché derrière la première portion du duodénum, comme le canal cholédoque qui régulièrement n'a pas de segment sus-duodénal, le duodénum étant directement en rapport avec la face inférieure du foie.

Nous reviendrons sur l'espace inter-porto-cholédocien à propos du traitement.

Normalement le petit épiploon s'arrête au niveau du pédicule hépatique, mais quelquefois il va au delà de ce pédicule vers la droite, donnant naissance à une formation péritonéale appelée par Ancel et Sencert le ligament cystico-duodéno-épiploïque, allant de la vésicule biliaire au duodénum et à l'angle colique droit, décomposable, comme le petit épiploon en deux feuillets : antérieur et postérieur, en continuité avec les feuillets correspondants du petit épilploon.

L'hiatus de Winslow est souvent précédé par l'entonnoir prevestibulaire d'Ancel et Sencert qui est limité : *en avant :* par le ligament cystico-duodéno-épiploïque, *en arrière :* par le ligament hépato-rénal antérieur, *en haut* : par cette partie de la face inférieure du foie, située entre la vésicule biliaire et le bord antérieure de l'empreinte rénal, *en bas :* par une lame péritonéale, formée par la continuité du

feuillet antérieur du ligament hépato-rénal antérieur avec le feuillet postérieur du ligament cystico-duodeno épiploïque. C'est une sorte de poche ayant la forme d'une pyramide quadrangulaire à sommet tourné à gauche et situé au niveau de l'hiatus de Winslow. La base s'ouvre largement à droite. La profondeur de cette poche peut atteindre quelquefois dans le sens transversal 10 cm., sa hauteur 6 à 8 cm.

Les bords libres de l'entonnoir se soudent quelquefois, fermant ainsi l'entrée de l'hiatus de Winslow.

Sur les 15 cadavres, que nous avons examinés l'hiatus de Winslow était toujours ouvert. Une fois nous avons trouvé l'entonnoir prévestibulaire fermé par une sorte de *diaphragme* constitué par un mince feuillet péritonéal, tendu entre le ligament cystico-duodéno-épiploïque et le ligament hépato-rénal antérieur. Ce diaphragme portait en son milieu une ouverture arrondie large comme une pièce de deux sous, a bords légèrement épaissis. Cette ouverture aurait pu servir comme orifice herniaire et comme agent d'étranglement précédant l'étranglement au niveau de l'hiatus de Winslow.

Siège, forme et dimensions de l'hiatus de Winslow.

Siège. — Nous prenons comme point de repère le bord supérieur de la première portion du duodénum et en particulier le point de rencontre du canal hépato-cholédoque avec ce bord.

a) *Par rapport au duodénum.* — Nous avons vu plus

haut que l'hiatus peut être sus duodénal ou sus et retro-duodénal, suivant que le feuillet péritonéal pré-cave se réfléchit tôt au-dessus du duodénum, ou après avoir tapissé une partie de sa face postérieure.

b) *Par rapport à la colonne vertébrale.* — L'hiatus correspond à peu près à la partie supérieure de la première vertèbre lombaire et à 5 centimètres environ de la ligne médiane.

c.) *Par rapport à la paroi abdominale.* — L'hiatus correspond à peu près au point de l'entre-croisement d'une ligne transversale réunissant les 7mes cartilages costaux et d'une verticale passant à un travers de doigt en dehors du bord droit du sternum.

Forme. — D'une fente verticale, ou d'un orifice ovalaire (Testut). Grâce à la souplesse de ses parois cette fente prend la forme d'un objet qu'on y introduit.

Dimensions. — La plupart des auteurs disent que l'hiatus de Winslow permet l'introduction de l'index. Jeanbreau et Riche disent avoir trouvé sur 12 cadavres, un hiatus permettant l'introduction facile de l'index. Prof. Quenu, au contraire, dit que chez la plupart des sujets, « l'hiatus admet les deux doigts et quelquefois trois doigts ». Sur quinze cadavre que nous avons examinés, quatorze fois nous avons trouvé un hiatus admettant facilement l'index et le médius ensemble, le périmètre de l'hiatus mesurant ainsi au moins 8cm. 1/2. Une seule fois nous l'avons trouvé plus petit, avec un périmètre de 5 centimètres environ. C'était dans le cas où nous avons trouvé *un diaphragme prévestibulaire.*

Arrière cavité des épiploons.

C'est un vaste diverticule de la cavité péritonéale, situé derrière l'estomac, le petit épiploon, sous la partie gauche du foie, au-dessus du méso-colon transverse. Ce diverticule s'étend transversalement de l'hiatus de Winslow qui lui sert de porte d'entrée jusqu'au hile de la rate et verticalement de la face inférieure du foie jusqu'au colon transverse et quelquefois même ne dépassant pas la grande courbure de l'estomac. Ceci résulte de la fusion du ligament gastro-colique, avec le méso-côlon transverse. Chez le nouveau-né l'arrière cavité descend entre les deux feuillets du grand épiploon jusqu'à la partie la plus déclive de cet épiploon. Chez l'adulte, au contraire, ces deux feuillets se soudent et l'arrière cavité ne dépasse pas le colon transverse ou la grande courbature de l'estomac. Exceptionnellement on peut rencontrer chez l'adulte la disposition qu'on voit chez le nouveau-né.

L'arrière cavité des épiploons peut être divisée en trois parties : le vestibule, la poche rétro-stomacale et la bourse épiploïque surtout développée chez le nouveau-né. Nous ne parlerons que du vestibule faisant suite à l'hiatus et présentant une importance particulière au point de vue de la question qui nous intéresse.

Vestibule (*Vestibulum bursæ omentalis*, B. N. A.).

Il a comme paroi : *en avant* : le petit épiploon qui comprend trois parties : une partie gauche supérieure assez épaisse (*pars condensa* de Toldt) et contenant quelquefois une artère hépatique accessoire, venant de la coronaire

stomachique ; une partie moyenne, très mince et souvent fenétrée (*pars flaccida* de Toldt) et une partie droite très épaisse répondant au bord droit du petit épiploon et contenant le pédicule hépatique, *en arrière* ; le péritoine pariétal postérieur, répondant à la région cœliaque, c'est-à-dire à l'aorte abdominale et à la veine cave inférieure séparée à ce niveau par le pilier droit du diaphragme ; au canal thoracique et à la citerne de Pecquet, au plexus solaire, aux ganglions semi-lunaires, recevant les nerfs splanchniques et le nerf pneumogastrique droit (anse mémorable.)

En haut. — Lobe de Spiegel, gros tubercule hépatique se détachant de la face postérieure du foie comme « un pendantif d'une voûte (Wolfromm). » On a signalé à gauche et en arrière du lobe de Spiegel un pli saillant dans l'arrière cavité des épiploons, le ligament sous-spigelien et une fossette du même nom.

En bas. — Par la reflexion du péritoine pariétal pré-cave sur la surface postérieure de la première portion du duodénum et du pédicule hépatique. En bas et à gauche cette paroi correspond au *foramen bursæ omentalis*. Au niveau de cette paroi le péritoine est soulevé obliquement par le repli de l'artère hépatique, dit le ligament pancréatico-duodénal ou le faux de l'hépatique.

L'artère hépatique naît d'habitude du tronc cœliaque, rarement de l'artère mésentérique supérieure, ou du tronc commun cœliaco-mésentérique, ou de l'aorte directement. Elle est d'abord appliquée à la paroi postérieure de l'abdomen au devant du pilier droit du diaphragme, puis oblique à droite d'arrière en avant, horizontale, ascendante ou descendante, elle contourne l'extrémité inférieure du lobe

de Spiegel sur lequel elle se creuse un sillon (Henle, Haller) et elle gagne le flanc gauche de la veine porte passant derrière la première portion du duodénum près de son bord supérieur et en déterminant un soulèvement péritonéal, le faux de l'artère hépatique. Ce faux se trouve au seuil du vestibule tout près du bord inférieur de l'hiatus de Winslow, et malgré qu'il n'entre pas dans la constitution de ce bord, il joue un rôle beaucoup plus important dans l'étranglement que ce bord lui-même. Nous en reparlerons à propos du traitement.

A droite. — Le vestibule communique par l'hiatus de Winslow avec la grande cavité péritonéale.

A gauche. — A la partie supérieure le vestibule répond au repli péritonéal, soulevé par l'artère coronaire stomachique, et à la partie inférieure au *foramen bursæ omentalis* qui fait communiquer le vestibule avec la poche retro-stomacale.

Avant d'aller plus loin nous pensons qu'il est utile de passer d'abord en revue les observations que nous rapportons ci-dessous pour pouvoir aborder plus facilement l'étude de la question.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Ph. Fred. Blandin. — (*Traité d'anatomie topographique ou anatomie des régions du corps humain*, 2e édit., 1824, p. 467).

« J'ai vu sur un cadavre, à l'Hôpital de la Charité, un exemple fort remarquable d'étranglement intérieur par tortillement des parties les unes autour des autres :

« La plus grande partie de l'intestin grêle, après avoir remonté à droite dans la région épigastrique par l'hiatus de Winslow dans l'arrière-cavité des épiploons ; puis elle était sortie par une ouverture étroite anormalement établie dans le mésocolon transverse ; cette ouverture exerçait sur l'intestin une constriction forte, qui en avait déterminé la sphacèle. »

A. J. Jobert de Lamballe (*Traité théorique et pratique des maladies chirurgicales du canal intestinal*, t. I, p. 522), ajoute quelques renseignements que Blandin lui a donné sur ce cas :

« Cet homme observé à la Charité, en 1823, par M. Blandin, présentait à son entrée tous les signes d'une violente péritonite. qui se tremina rapidement par la mort. A l'autopsie il rencontra le grand épiploon déjeté à gauche. »

OBSERVATION II

Rokitanrki Carl. – (*Handbuch der speciellen pathologischen Anatomie*, Band III Wien, 1842, p. 218).

« J'ai vu une fois une grande partie de l'intestin grêle engagée par le trou de Winslow qui la séparait du reste du tube intestinal. »

OBSERVATION III

Treitz. — (*Hernia retroperitonéalis. Ein Beitrag zur Geischite innerer Hernien von E. X.* Treitz, Prag., 1857, p. 126, Cas. A.).

Cadavre d'une femme de trente-deux ans, aliénée, sur laquelle les intestins présentaient une situation anormale.

L'estomac est presque droit, son fundus peu développé et le pylore ne s'écartent que peu sur la droite du milieu de la colonne vertébrale. Le duodénum n'existe pas, car l'intestin grêle descend directement du pylore, sans former les courbures duodénales ordinaires. Immédiatement au niveau du pylore il est pourvu d'un mésentère, qui s'accroît si rapidement qu'au niveau de l'insertion du canal cholédoque, il a 7 centimètres de hauteur. Par suite, le canal cholédoque et la tête du pancréas sont situés entre les feuillets de ce mésentère. De là, l'intestin, de même que son mésentère, se continue sans délimitation dans l'intestin grêle. Le mésentère inférieur de l'intestin grêle reçoit aussi le gros intestin dont le cœcum se trouve dans le petit bassin. De là le gros intestin remonte avec son mésentère, au côté gauche de la colonne vertébrale vers la rate, se recourbe à ce niveau et passe alors sous la forme de côlon descendant, en donnant deux grandes anses, dans le rectum à l'endroit habituel. Le mésentère de l'intestin grêle est si long, qu'à son endroit le plus long, qui est en même temps le plus profond, il peut être attiré jusqu'à 4 travers de doigt sur la symphise du pubis ; il court d'ailleurs exactement sur la ligne médiane de la cavité abdominale et se termine au

promontoire par un bord tranchant qui marque la limite entre lui et le méso-côlon ascendant. Les anses du côlon descendant présentent un mésentère très court et sont unies entre elles avec la paroi abdominale par un péritoine court et épaissi.

L'omentum-minus est beaucoup plus long que d'ordinaire. Par suite, le grand épiploon est réduit à un lambeau de la largeur de la main, passant dans l'hypocondre gauche, où il est uni à la flexure du côlon. Toutes les anses de l'intestin grêle sont situées dans la moitié droite de la cavité abdominale, dont la paroi postérieure est recouverte par du péritoine lisse.

Deux anses de jéjunum sont situées lâchement devant le trou de Winslow très large, dont les bords sont épaissis tendineusement.

Dans une note (page 136), il ajoute : « J'ai vu quelquefois le gros intestin, et en particulier la courbure droite du côlon, ou une anse anormalement agrandie du côlon transverse, glisser dans l'hiatus de Winslow ».

OBSERVATION IV

J. Wilson Moir (d'Edimbourg) (*Cité par Chiene, Journal of Anatomy and Physiologie*, 1868, vol. II, p. 218).

« Le Dr Moir m'a donné les notes d'un cas trouvé l'année dernière dans un Hôpital de Vienne, lors de l'autopsie d'un malade mort par étranglement interne. A l'ouverture de l'abdomen, l'intestin était invisible, une inspection plus attentive montre qu'il avait passé dans l'arrière cavité péritonéale par l'orifice de Winslow ».

OBSERVATION V

Alpago Novello (*Nel N° 38 delle Gazetta medical delle provencie de Venete. Annuario delle science mediche dell anno 1881, anno XII, Redatto doi Dottori Schivardi e Pini, e publicato in Milano nell, 1882 dalla case Editrice Dott. F. Vollardi*).

Ce cas est cité par Majoli, dans le travail indiqué ci-dessous.

« J'ai trouvé dans l'*Annuaire des sciences médicales*, 1881, p. 88, la relation d'une autopsie d'un cas d'étranglement mésentérique, publié par le Dr Alpago Novello. Dans cette observation : « Une anse de l'intestin grêle, en correspondance avec l'hiatus de Winslow, à la suite d'une forte pression exercée sur le ventre du malade avait pénétré dans cet hiatus, entraînant avec elle plus de deux mètres d'une autre anse, favorisée par les contractions péristaltiques. »

OBSERVATION VI

G. Majoli (*Storia di una occlsioune lenta dell'intestino, cagionata del passagio dalle sreazzamento du un'ansa del crasso attraverso il forame del Winslow dell Dotor Giuseppe Majoli, Rivista clinica di Bologna, anno 1884, p. 605*).

Près du petit bourg de Sainte-Lucie, situé près de la commune d'Uzzano, voisine de Peschia, un certain Pasquale Scardigli soutenait sa nombreuse famille, sa femme et ses cinq petits enfants, en exerçant le pénible métier de chauffeur briquetier. Il était ar-

rivé à l'âge de quarante-quatre ans, sans avoir d'autres maladies notables que celles communes à tous les enfants. N'ayant pour but que de subvenir par son travail aux besoins de sa famille, il se privait de vin et ne se nourrissait que très grossièrement. Il était habituellement constipé, n'allant à la selle que tous les 2 ou 3 jours. Après avoir été quelque temps exposé au feu du fourneau, il était sujet à des hypérémies conjonctivales qu'il traitait et faisait disparaître par des bains de pied chauds. Au début de l'hiver 1882, il s'en alla, comme il le faisait depuis seize ans travailler en Corse. Revenu chez lui, le 1er mai 1883, il se sentait affaiblir ; ce qu'on attribuait aux exercices des six mois précédents parmi lesquels il ne se serait nourri qu'avec de la polenta à la farine de châtaigne. Il reprit cependant son travail jusqu'à la fin du mois. Le soir du 31 mai, il rentra chez lui, le corps et les habits imprégnés de sueur. Il s'essuya avec précaution, et se revêtit d'habits très légers, laissant à découvert l'extrémité inférieure de son corps et la poitrine. Environ une demi-heure après, il fut pris de douleurs violentes, dans les lombes et l'abdomen. Les douleurs ne disparaissaient qu'après des éructations gazeuses fétides, provoquées par l'ingestion de boissons chaudes. Au dîner, il mangea peu et son sommeil fut interrompu de temps en temps par la douleur.

Le lendemain matin, 1er juin, comme il continuait à souffrir, et n'avait eu aucune évacuation abdominale, sa femme lui conseilla de se purger. Sans l'écouter, il se leva et alla travailler toute la journée comme d'habitude. Les douleurs reparurent, quand elles étaient trop intenses, il était forcé de se reposer et d'attendre leur disparition pour reprendre son travail. Il mangea peu et sans appétit, mais passa une nuit moins agitée que la précédente.

Le 2, il se leva à l'aube et partit à son travail. En route, les douleurs d'abord sourdes, devinrent plus violentes et l'obligèrent

à s'asseoir sur un tas de sable. Sa femme, avertit par les voisins, vint le chercher à cet endroit et le reconduisit à sa demeure en le soutenant. Elle fit chercher un purgatif à l'huile de ricin et le lui administra. Il resta presque sans effet, et le malade après une petite évacuation de matières fécales, disait se sentir encore rempli. Les douleurs continuèrent plus rares et moins intenses le reste de la journée, la nuit suivante et dans la suite.

Le 4, le médecin appelé prescrivit de l'huile de ricin qui amena des déjections alvines et calma momentanément les douleurs qui reparurent ensuite moins violentes.

Jusqu'au 20 juin le malade resta dans cet état, en se purgeant continuellement, et sans appétit. Jusqu'à la fin du mois les douleurs cessèrent. Les nuits étaient bonnes et l'appétit un peu augmenté ; mais les douleurs reparaissaient chaque fois que le malade allait à la selle après avoir été constipé, comme d'ordinaire, deux ou trois jours. Augmentation des forces, sans cependant qu'il put reprendre son travail.

Dans les premiers jours de juillet, la constipation reparut complète, et avec elle les douleurs. Le médecin prescrivit de nouveau un purgatif.

Vers le 5 juillet, le malade se plaignit d'une tumeur à l'épigastre ; il en avisa le médecin traitant, qui diagnostica un engorgement mésentérique (?), ordonna l'application de sangsues et de cataplasmes de farine de lin, et prescrivit une potion calmante. La tuméfaction et la douleur éveillée par la palpation disparurent avec persistance des douleurs abdominales, de l'insomnie, de l'inapétence et de la constipation. Grands bains et lavements d'eau simple ou médicamenteux. Les bains ne firent que disparaître la douleur, les lavements évacuèrent quelques matières fécales liquides.

Le soir du même jour, on administra un purgatif huileux que le malade vomit aussitôt, et un lavement, qui évacua quelques

petites cyballes indurées. Douleurs moins vives pendant la nuit, reparaissant au matin plus violentes que jamais.

Pendant toute la durée des souffrances, rien dans les phénomènes objectifs ou subjectifs, n'indiqua une élévation de température.

Les faits les plus importants de cet exposé anamnestique me furent communiqués par mon collègue qui soignait le malade, le 6 juillet, jour où je fus appelé en consultation.

Le malade présentait un facies un peu décomposé, le regard incertain, l'œil enfoncé et un peu obscurci. Il se tenait sur son lit, disant qu'il souffrait moins dans cette position. Peau terreuse et légèrement baignée de sueur.

La respiration était de type costal supérieur. Pouls ample et dépressible, régulier et de fréquence normale. Je fis mettre le malade sur le dos et notai du premier coup d'œil la maigreur extraordinaire des parois thoraciques, faisant un singulier contraste avec le développement de la partie supérieure du ventre. En effet toute la région épicolique et épigastrique était tellement tuméfiée, que la ligne xipho-ombilicale était plus saillante que la ligne ombilico-pubienne. Les parois abdominales faisaient surtout saillie au niveau de l'épigastre, sur le prolongement de la ligne qui passerait par le milieu de la clavicule droite et le long du sternum, à gauche. Ayant obtenu du malade le relâchement de ses muscles abdominaux, je reconnus à une palpation grossière, une tension anormale de tout l'abdomen, due à une grande quantité de gaz contenus dans l'intestin.

Dans la moitié inférieure, je sentis les borborygmes et les mouvements vermiculaires propres à l'intestin grêle. Cette tension abdominale était plus grande dans les deux quarts supérieurs et atteignait son maximum au niveau du siège de la tuméfaction. Par la palpation méthodique de toute la région épigastrique, je circonscrivais, en effet, à l'endroit déjà dit, un corps résistant,

de figure elliptique irrégulière, à grand diamètre transversal de 6 centimètres environ, à petit diamètre vertical de 3 centimètres, légèrement douloureux au palper, à peine mobile le long de l'axe du corps, offrant la forme d'une grosse pomme de terre. A l'exploration, les régions inguinale et crurale ne présentaient rien d'anormal. Sonorité tympanique exagérée à la percussion, dans tout l'abdomen, sauf dans la région épigastrique, ou sur la tuméfaction décrite je retrouvai une matité notable, qui au delà des limites fournies par la palpation, s'étendait jusqu'à 2 travers de doigts de l'arc costal droit.

L'aire cardiaque était normale. La pointe battait dans le cinquième espace, bruits faibles, le deuxième un peu prolongé. L'examen objectif des autres viscères thoraciques et abdominaux donnait un résultat négatif.

Vu les commémoratifs et les résultats de notre examen, nous diagnostiquons une tumeur intrapéritonéale dans toute la région épigastrique, qui, actuellement, soit par compression, soit par quelque autre cause, mettait obstacle au libre cours des matières fécales. Ces symptômes de sténose intestinale duraient depuis un mois environ ; de plus les moyens thérapeutiques employés avaient échoué : on pouvait donc craindre que l'intestin ne vint dans la suite à s'étrangler complètement.

Restait à chercher, si possible, de quelle nature était la tumeur. Elle n'appartenait pas au foie, l'examen le démontrait, ni à l'estomac, puisqu'elle était éloignée de sa grande courbure. Donc, vu la région anatomique qu'elle occupait, elle ne pouvait être formée que par le côlon transverse et résulter ou d'un amas de fèces indurées (coprostase) ou d'une invagination de cette portion d'intestin. Les anamnestiques et l'examen du malade faisaient rejeter *à priori* l'idée de néoplasme développé dans le mésentère : cancer, sarcome, etc...

Je proposai de continuer l'usage des purgatifs huileux, les

lavements d'eau et d'ajouter un régime plus tonique pour soutenir les jours du malade. Je conseillai la glace à l'intérieur pour calmer la soif ardente dont il souffrait.

Le jour suivant, 7 juillet, soit que le malade eut rejeté un purgatif aussitôt après l'avoir pris, soit que les lavements n'eussent pas produit l'effet désirable et que les douleurs de ventre se succédassent sans relâche il fut pris de vomissements.

Le 8 au matin, je revins avec le médecin traitant qui avait fait mettre d'abord des sangsues sur la tumeur abdominale. Le malade était en proie à un abattement physique et moral profond. Il pouvait à grand'peine se tenir assis et se soulever a cause des douleurs qui le faisaient se rouler sur son lit en poussant des cris lamentables. Il n'avait pu fermer l'œil de toute la nuit, nous dit-il, il avait eu le hoquet et vomi continuellement bien qu'il eut toujours dans la bouche des fragments de glace pour éteindre sa soif violente.

Anorexie complète ; à force de prières on avait pu lui faire avaler une cuillerée de consommé, qu'il rendit presque aussitôt. Ni selles, ni gaz. Les matières vomies avaient la couleur et l'odeur des fèces.

A l'inspection, la tumeur épigastrique paraissait diminuer, mais la palpation montrait qu'elle occupait les mêmes limites que précédemment. Comme nouveau symptôme, je notai que la région illiaque gauche était le siège d'une autre tumeur du volume d'un œuf de poule, élastique et indolente, même à une forte pression. L'exploration rectale permit de constater que l'ampoule rectale était ample et vide. Nous substituâmes au doigt une bougie qui parcourut librement la dernière portion de l'intestin. Urines normales comme coloration et en petite quantité. Température normale. Le malade ne se souvient pas si, peu avant le début de la maladie, il a fait une chute ou quelque effort.

La persistance des symptômes déjà notés, l'apparition de nou-

veaux phénomènes dans les 48 heures confirmèrent et changèrent en certitude le doute d'abord conçu. La sténose intestinale était transformée en une vraie occlusion.

Le diagnostic porté fut celui d'occlusion intestinale probablement causé par coprostase de côlon transverse.

J'établis un pronostic très réservé. Je proposai l'application du lavage intestinal le plus tôt possible, sachant qu'on avait ainsi sauvé des malades d'une mort certaine dans des cas d'occlusion intestinale. Le médecin traitant accepta cette proposition, mais faisant remarquer que l'on perdrait du temps avant que l'appareil ne fut convenablement construit, me pria, ainsi que la famille, de vouloir bien faire entrer le malade à l'hôpital où on lui ferait aussitôt l'application du lavage intestinal.

J'acquiesçai à cette proposition ; mais à l'hôpital on prescrivit tour à tour des purgatifs huileux, des drastiques et des lavements qui n'eurent pas plus d'effet que ceux administrés déjà et qui, au contraire, empirèrent la situation du malade. Le soir du 10 juillet, on employa pour la première fois, le lavage intestinal. Mais, avec cet appareil, soit à cause de l'inhabilité des infirmiers, soit à cause de l'intolérance du malade, on essaya sans y réussir d'introduire un peu de liquide dans l'intestin, et on fut impuissant à franchir l'obstacle qui maintenait bouché l'intestin. Vu la persistance de cet état, la vie du malade se trouvait en danger sérieux. Aussi tint-on conseil le 12 juillet et proposa-t-on l'anus artificiel. Cette intervention opératoire fut repoussé par le malade et sa famille ; on décida d'administrer au malade, d'heure en heure, 300 grammes de mercure divisés en 3 prises. A peine l'eut-il pris qu'il fut transporté de nouveau à la maison. Le jour suivant au matin (13 juillet), je fus appelé et trouvai le malade très abattu, bien qu'il eut passé une nuit assez tranquille et qu'il dit se sentir mieux depuis l'ingestion du mercure, pouls faible et de fréquence normale. Peau de coloration accoutumée. Yeux

enfoncés et regard incertain. Les mouvements généraux étaient lents. D'une voie grêle il me raconta qu'à l'hôpital il avait beaucoup vomi le premier jour, que ces vomissements spumeux étaient de couleur jaune verdâtre et lui laissaient dans la bouche une saveur acide. Le jour suivant, ils prirent l'odeur et l'apparence des matières fécales comme la veille du jour de son entrée. Il avait encore de l'anorexie et n'avait ingéré à grand'peine que quelques petites cuillerées de bouillon. Les douleurs abdominales étaient restées très vives et avaient de temps en temps déterminé du hoquet. A l'heure de la première visite, il avait vomi des matières fécales désagrégées et en suspension dans un liquide jaune verdâtre.

A l'inspection et à la palpation on reconnaissait un gonflement uniforme du ventre. Il existait des borborygmes dans les deux tiers supérieurs de l'abdomen. La percussion donnait sur tout l'abdomen une sonorité tympanique exagérée, que le malade fut couché sur le dos ou sur le côté.

L'intensité des symptômes qui m'avaient fait diagnostiquer l'occlusion intestinale s'étant augmentée, je crus pouvoir expliquer la disparition de la tumeur en admettant qu'elle existât entièrement, mais que par le poids spécifique du mercure elle était descendue dans la profondeur de la cavité abdominale.

Il fallait donc, dans cet état, penser au *quod agendum*. L'extrême abattement du malade contre-indiquait toute intervention chirurgicale. Me fiant toujours à l'action du lavage intestinal, je m'en tins à ce moyen que j'employai à une heure de l'après-dîner. L'appareil contenait 3 litres 1/2 d'eau, avait un tube d'environ 3 mètres de long. Je fis suspendre le récipient à 2 mètres environ au-dessus du lit, et ayant fait placer le malade dans la position genu-pectorale, j'introduisis la canule dans l'anus et ouvris le robinet. J'introduisis environ 2 litres d'eau, et voyant qu'elle

refluait, je fermai le robinet et retirai la canule. Après quelques minutes l'eau restée dans l'intestin fut rejetée. Elle était de couleur jaune verdâtre ; je la fis reposer puis transvaser avec soin. Le dépôt était formé de mucus strié de sang, mais sans traces ni odeur de matières fécales. Malgré cet insuccès, je recommandai à la famille de renouveler la tentative 2 ou 3 fois dans la nuit.

Les vomissements persistant, j'eus recours, pour soutenir les forces du malade, à l'injection de substances alimentaires dans le rectum. Je recommandai pour cela des lavements de consommé avec des jaunes d'œuf.

Le matin du 14, je trouvai le malade beaucoup plus abattu ; on avait fait par 3 fois le lavage intestinal, et toujours le liquide avait été rejeté, ne contenant que du bouillon et du jaune d'œuf. Le dépôt fourni par ce liquide était du mucus sanguinolent en petite quantité. Vomissements fécaloïdes plus fréquents, ventre uniformément douloureux. Par une palpation grossière, mais méthodique, on réveillait la douleur et les borborygmes, mais on n'éprouvait aucune espèce de résistance. Sonorité tympanique exagérée à la percussion. Pouls plus faible et plus fréquent (120 à la minute), température normale. Urines limpides et de coloration normale. Je prescrivis le lavage intestinal à deux ou trois reprises différentes, à 5 heures de distance dans la journée. J'insistai sur les lavements nutritifs et fis administrer à petites doses une potion calmante au chloral. En quittant la maison. Je pronostiquai la mort à bref délai.

Le soir, à ma visite, j'appris que les douleurs étaient plus rares et moins violentes, que le lavage intestinal était resté sans effet. Le malade était à bout de forces, et le ventre augmenté de volume. Le moindre attouchement était douloureux. La face était plus colorée, les yeux enfoncés, mais très brillant. Pouls petit, fréquent, 116 à 120 pulsations. Température 38°2. La per-

cussion n'indiquait pas d'épanchement liquide dans la cavité péritonéale.

Ces symptômes m'indiquèrent le début d'un processus fébrile péritonéale. Je supprimai le lavage intestinal, et prescrivis la glace sur le ventre et j'ajoutai au chloral l'acétate de morphine.

Le matin du 15, on me raconta que la nuit précédente ; il avait sommeillé par instants, et que les douleurs quoique fréquentes, n'avaient plus la même intensité. Continuation de vomissements fécaloïdes, pas d'excrétion d'urine. Pouls petit et dépressible. L'abdomen plus tendu et douloureux, mesurait en circonférence, au niveau des épines illiaques antéro-supérieures, 73 centimètres et demi. Persistance des autres symtômes, comme la veille. Glace sur l'abdomen et potion calmante.

Le soir, le pouls était filiforme, la prostration complète, les cornées étaient opaques et en partie couvertes par des mucosités venues des conjonctives hyperhémiées. Les pupilles étaient rétrécies et l'iris semblait insensible à la lumière. Les vomissements n'avaient pas reparu. Toute déglutition était impossible. L'anurie continuait. Les moyens thérapeutiques ordinaires furent employés.

A la visite du matin le 16, les parents me racontèrent que le malade avait passé la première moitié de la nuit dans une agitation continuelle et qu'il n'avait trouvé le repos qu'un peu après minuit. Ils ajoutèrent que vers 4 heures, il fut pris de douleurs si violentes qu'il essaya ; pour se soulager de se soulever un peu sur le tronc. A peine dans cette position, il laissa partir par l'anus une petite quantité de mercure, qui recueilli et pesé avait le poids de 150 grammes. Cette expulsion de mercure ne fut accompagnée ni suivie d'aucune autre. Les douleurs cessèrent alors subitement, mais les forces diminuaient beaucoup. L'examen du malade ne fournissait pas d'autres symptômes que les jours

précédents. Respiration brève et accélérée (60 par minute). A la percussion, matité absolue des régions illiaques et hypogastriques. L'anurie persistait, les vomissements n'avaient pas reparu. Les douleurs revenaient de temps à autre. Eructations fréquentes, et soif vive que le malade cherchait à calmer par la succion de fragments de glace. Il avalait assez bien les liquides. Température 39°. Le soir je fus informé que le malade avait expulsé dans l'après-midi environ 10 grammes de mercure, qu'il était mort vers 6 heures.

Autopsie, 24 heures après le décès.

Cadavre très émacié. Sur les trois derniers espaces intercostaux et sur les côtés du ventre s'étend une tache verdâtre (commencement de putréfaction). Au niveau de l'ombilic, l'abdomen mesure 75 centimètres de circonférence. A la percussion, sonorité tympanique exagérée dans la moitié supérieure, légère matité dans la région illiaque. Cette matité allait en augmentant jusqu'à l'hypogastre. En incisant les parois abdominales sur la ligne xipho-pubienne on remarquait qu'elles étaient amincies, vu la disparition totale du tissu graisseux. L'ouverture du péritoine donna issue à une grande quantité de gaz très fétides. Par une incision transversale au niveau de l'ombilic, on constata la disparition complète de la graisse sur les côtés du ventree. Le péritoine pariétal tuméfié, coloré en vert roussâtre. présentait ça et là à sa snrface des flocons de pus. Dans la région illiaque gauche, juste à l'endroit où la dernière période de la maladie était apparue une tuméfaction presque fluctuante on trouva une adhérence très solide de l'intestin grêle avec le péritoine pariétal. En cet endroit, sur un espace de la grandeur d'une pièce de 5 centimes la paroi abdominale était si amincie qu'à peine on avait incisé la peau et un très faible fascia aponévrotique, on tombait sur le péritoine. A peine l'avions-nous ouvert, qu'un flot de matières fécales vint démontrer que j'étais dans l'intestin. Nous arrêtâmes

ce flot stercoral et pûmes constater avec certitude que la tunique séreuse adhérait intimement au péritoine pariétal et qu'en outre les trois tuniques de l'intestin étaient entièrement détruites. Je me demande si par hasard, la nature n'avait pas essayé de donner en ce point issue aux matières fécales. Les parois abdominales écartées, nous trouvons le grand épiploon doublé d'épaisseur et descendant seulement sur une longueur de 10 centimètres, sur sa face antérieure se trouvait une petite quantité de pus ; sa face postérieure adhérait en totalité aux viscères. Ces adhérences étaient détruites et l'épiploon rejeté sur l'estomac, nous trouvâmes alors la masse intestinale composée seulement à la surface, par l'intestin grêle, tellement distendu par les gaz et les liquides, qu'il ressemblait au gros intestin. Il était entouré de liquide séro-sanguin. La surface que nous voyions avait sa coloration normale, bien que tachetée çà et là de matières roussâtres et couverte en grande partie de matières purulentes. L'intrication des anses intestinales était fortement altérée. On n'apercevait aucune partie du gros intestin. Les anses intestinales au lieu d'être courtes et dirigées transversalement comme d'ordinaire, formaient des anses allongées dans le sens vertical. Je fis relever l'intestin grêle qui occupait la fosse iliaque droite et arrivait sur le trajet du cæcum qui n'avait pas perdu ses rapports normaux, mais cependant était attiré en haut. Ses parois étaient tendues, tuméfiées et d'une couleur sombre. Appendice vermiforme normal. En suivant le côlon ascendant, je lui trouvai les mêmes caractères qu'au cæcum, mais il ne montait pas verticalement et ne s'infléchissait pas au niveau du foie. Il se dirigeait obliquement en haut et semblait se continuer avec l'estomac. Je fis soulever cet organe et le grand épiploon et je vis que après son trajet, le côlon ascendant cessait et que le commencement du côlon transverse lui succédait. Celui-ci était plein et présentait des parois saines. Avec son mésocôlon assez allongé,

il pénétrait dans une ouverture du mésentère de forme semi-circulaire et de 2 centimètres environ de diamètre. Cette ouverture était limitée supérieurement par le col de la vésicule biliaire et la base du lobe de Spiegel. Inférieurement elle était en rapport avec les vaisseaux biliaires et la veine porte, à gauche desquels se trouvait une tumeur grosse comme la tête d'un fœtus de 6 mois ayant la même forme et dirigée de haut en bas et s'élargissant un peu transversalement.

La tumeur avait une largebase. Elle était recouverte, en haut, par l'estomac, à droite par le lobe gauche du foie. Elle était limitée en bas par le duodénum et une anse gauche de l'intestin grêle. Elle était molle, élastique, recouverte entièrement par une lame amincie épiploïque. L'introduction d'un stylet par l'ouverture nous fit voir que nous étions sur la tumeur. Par la même ouverture que le côlon transverse, avait pénétré aussi une portion du grand épiploon que nous ne pûmes retirer, même par des tractions assez fortes. Incisant alors transversalement l'épiploon nous constatâmes que la tumeur était formée par une longue anse intestinale et une bonne portion de l'épiploon. Pour la rendre libre, il fallut inciser transversalement la bride mésentérique et les vaisseaux biliaires, lymphatiques et sanguins qui unissaient la tumeur à l'ouverture mésentérique. L'anse déjà étranglée avait une couleur ardoisée, se déchirait facilement et était long d'environ 30 centimètres. Elle était enveloppée par le grand épiploon ridé très friable. De la partie inférieure de l'ouverture partait l'autre chef de l'anse du côlon transverse qui avait une couleur blanchâtre, était flasque et se continuait sous la forme d'un gros cordon avec le reste du gros intestin. Celui-ci était vide, d'une couleur blanc sale et avait ses deux parois adossées l'une à l'autre. Ouvrant longitudinalement le cæcum, le côlon ascendant et le côlon transverse, je trouvai la paroi du cul-de-sac du cæcum triplée d'épaisseur, la muqueuse tuméfiée et

congestionnée. La valvule iléo-cæcale était restée intacte. Les parois du côlon ascendant étaient moins augmentées de volume et la tunique muqueuse était normale. Le côlon ascendant contenait des matières fécales en petite quantité mais sur toute sa muqueuse et sur celle du cæcum on trouvait des globules sphériques innombrables, de grosseur variable, d'aspect métallique, formés par le mercure non évacué et peu à peu divisé et subdivisé dans la portion de l'intestin antérieure à l'obstacle.

Le côlon transverse contenait un peu de matières fécales liquides, mêlées à des fragments de muqueuse dont quelques-uns, en certains points, adhéraient encore à la paroi viscérale. Les autres portions de l'intestin étaient vides et ischémiées. L'estomac était petit, contracté, contenant un peu de liquide d'odeur fécaloïde.

Le foie ne présentait rien d'anormal, la vésicule biliaire était pleine. Les reins étaient congestionnés, mais de volume normal. La rate, le pancréas étaient petits,

La vessie, contractée, contenait quelques grammes d'urine qui présentait les caractères physiques normaux.

OBSERVATION VII

Elliot Square (*A case of strangulated intarnal hernia into the forrmen of Winslow* [; by S. Elliot Square, F. R. C. S. Eug. Plymouth, *The British Medical Journal*, Vol. I, for 1886, January to June, June 19, 1886, p. 1163).

R. T., âgé de vingt-cinq ans, était en bonne santé apparente en déjeunant le 7 mai. Il mangea des biftecks et des pommes de terre et se rendit comme d'habitude à son bureau situé à un quart de mille. Sans cause apparente il fut pris vers deux heures d'une douleur subite extrêmement vive à l'épigastre et retourna immédiatement chez lui à grand'peine. La douleur augmentant, il prit de l'eau-de-vie et de l'eau, une certaine dose d'huile de castoreum, après quoi il vomit pour la première fois. La douleur et les vomissements persistèrent, les nuits furent sans sommeil jusqu'au 9 où il se trouva beaucoup mieux et s'assit au coin du feu dans l'après-dîner. Mais dans la soirée les symptômes reparurent plus forts que jamais. A sept heures du soir, le 10, je le vis pour la premiere fois ; jusqu'alors pas de traitement. Je le trouvai dans son lit, dans une anxiété extrême. Température 103°4 (axillaire). Pouls 122 petit mais régulier. Sa famille avait beaucoup de peine pour le maintenir au lit, sans réussir à maintenir sur lui les couvertures. Il n'avait pas vomi depuis une heure ou deux heures. Pas de douleur en ce moment, mais la la douleur au niveau de l'appendice xyphoïde et immédiatement au-dessous avait été extrêmement vive. L'abdomen était normal

sauf une saillie assez considérable de l'ombilic. Pendant l'enfance il avait porté un bandage ombilical.

Aucune douleur à la percussion ni à la palpation, sauf au pourtour de l'ombilic et à l'épigastre où il existait une sensibilité excessive. Abdomen très sonore sauf dans les flancs ; il était très sonore au niveau du côlon transverse, il n'y avait pas eu de salles depuis le 6 au matin, pas d'albumine dans les urines.

Etant à peu près sûr qu'il existait une obstruction intestinale j'ordonnai un traitement approprié et fis administrer une injection d'eau chaude et de savon. Trois heures après, ne trouvant pas d'amélioration, je fis donner une deuxième injection plus considérable qui provoqua une sorte de selle diarrhéique avec 2 masses fécales solides. Les vomissements étaient devenus fécaloïdes et sans odeur. A trois heures du matin, je fus appelé de nouveau. Je trouvai le malade très agité, ses extrémités froides, le pouls faible mais il avait toute sa connaissance. Je lui fis 3 injections sous-cutanées de morphine à des intervalles de 2 minutes environ. Je le laissai assez paisible à quatre heures et demie, il mourut à sept heures, après trois jours et sept heures de maladie.

L'autopsie fut obtenue à grand'peine et faite dans des conditions d'assistance insuffisante.

Après l'ouverture du ventre, je constate une légère péritonite, avec une petite quantité de lymphe et de sérum sanguinolent autour de l'intestin. L'intestin était complètement libre. Le grand épiploon légèrement congestionné était englobé dans l'intestin grêle, à gauche de la ligne médiane. L'intestin fortement distendu par des gaz ne contenait que peu de matières fécales. Huit pouces d'iléon à 2 pieds environ de sa terminaison dans le cæcum, étaient fortement étranglés dans l'hiatus de Winslow dont il fut difficile de le retirer. Le mésentère est fortement congestionné. L'intestin lui-même l'était fortement, mais bien qu'au

niveau de l'incision des 2 portions il y eut 2 ou 3 plaques de ramollissement, il n'y avait nulle part d'ulcération dans les couches de l'intestin. L'intestin retiré, l'orifice bâillait et laissait passer facilement 2 doigts. Ses bords étaient arrondis épaissis et congestionnés. Le cæcum était tout à fait libre, n'avait pas de méso. Si l'opération avait été faite à temps, j'ai des raisons de croire qu'elle l'eût été avec succès.

OBSERVATION VIII

Trèves. — (*Clinical lecture on Hernia in to the foramen of Winslow, by Frederik Treves F. R. C. S. The Lancet*, 13 octobre 1888, p. 701).

John S., âgé de vingt-six ans, fut admis à l'hôpital dans le service du docteur Stephen Mackensie. Antérieurement il avait été soigné dans le service du docteur Ambrose, dont les notes touchant le début de la maladie sont très intéressantes. Homme robuste, bien musclé et bien développé, n'ayant jamais subi de maladies, ni troubles dyspeptiques, ni constipation.

Le 9 avril, il avait fait à 3 heures de l'après-midi, un dîner très copieux ; à 5 heures il est pris subitement de douleurs abdominales vives. C'était une sorte de crampe, siégeant tout autour et au niveau de l'ombilic. Il fut pris de malaises et de sueurs froides et avala un peu d'eau-de-vie qu'il garda. La douleur était intermittente et les intervalles de bien-être étaient de courtes durée, L'abdomen n'était pas douloureux, la douleur persista

toute la nuit devint si forte que le malade ne put rester couché et dut passer la nuit sur une chaise. Au matin, l'abdomen commença à se distendre et le malade eut une sensation de constriction au niveau de l'épigastre. A 10 heures il commença à vomir et rendit le peu de lait qu'il avait absorbé. Douleurs toujours violentes et intermittentes ; il n'y avait pas eu de selles depuis la veille au matin. Le Docteur Ambrose trouva un tympanisme général et surtout marqué dans la région ou l'abdomen etait légerement tuméfié. A l'examen du rectum et de la région cœcale, rien d'anormal.

Le malade se trouva mal environ 10 fois dans la journee, on administra de l'opium, environ 3 grains en 24 heures. Le lendemain la douleur était moins vive et les vomissements continuaient. Le malade se trouvait mal 10 à 15 fois dans les 24 heures.

Le 12, un lavement amena une selle pour la première fois depuis le début de la maladie. Le malade se trouvait mieux il ne vomit qu'une fois dans la journée, la langue n'était pas chargée ; l'abdomen uniformément distendu, tympanisme généralisé, mais le son de la percussion variait notablement dans les différents points. La distension des régions situées au-dessous de l'ombilic se réduisit notablement après le lavement. La tuméfaction de l'epigastre devint aussi plus distincte, elle occupait plus ou moins exactement la région anatomique de l'épigastre et paraissait due à l'estomac et au côlon distendus. Le lendemain, aucun changement ; un lavement ayant amené une nouvelle selle, le malade se trouva mieux, il ne se trouva mal que deux fois. A partir de ce moment il n'y eut plus de selles malgré de nombreux et grands lavements.

Pendant les trois jours suivants, l'état du malade s'empira ; la douleur devint violente mais n'avait plus le caractère intermittent, bien qu'il y eut des variations d'intensité ; le malade vomit de 12 à 15 fois dans les 24 heures. La tuméfaction de

l'épigastre devint plus nette et le 16 on constata pour la première fois une légère matité, il n'y avait pas de sensibilité abdominale bien localisée. Pour bien montrer l'état général du malade à ce moment, je dirai que le 15, il insista pour qu'on lui permît de quitter sa chambre pour quelques heures et descendit l'escalier sans aucun secours.

Le 17 avril, il fut admis dans le service du Dr Mackensie. Rappelons d'abord quelques faits de son histoire, pendant la semaine qui s'était passée depuis le début de son attaque. Le traitement avait consisté dans le repos au lit, l'usage fréquent de lavements, de cataplasmes, sur le ventre et l'administration quotidienne de 5 grains d'opium. La douleur, le malade l'indiquait, siégeait autour et au-dessus de l'ombilic. D'abord intermittente, elle présenta ensuite des variations d'intensité. Elle avait les caractères d'une crampe ou d'une colique. Le malade ne s'était jamais plaint d'une sensibilité spéciale. Pendant toute cette semaine il s'était tenu assis dans son lit, déclarant qu'il lui était impossible de se coucher. Les vomissements avaient toujours été peu abondants. Purement gastrique au début, ils étaient devenus finalement intestinaux ; mais jamais fécaloïdes. Malaise continuel ; tout ce que le malade prenait était rendu ; excepté le 13 et le 14, mais pas immédiatement. Il n'y avait pas eu de hoquet ; urines normales, de densité très élevée, en quantité moyenne. D'abord nette, la langue devint sale et chargée et le 15 avril, sèche et brunâtre. Pendant tout le temps le pouls avait été petit et régulier variant de 85 à 100. Température normale ou au-dessous de la normale, en moyenne de 98° (Farenheit). Inappétence presque complète. Soif vive. Pas de dyspnée. Les mouvements de l'intestin n'avaient pas été apparents, à aucun moment on n'avait entendu de borborygmes. La peau avait conservé son humidité normale. Les forces avaient beaucoup diminué ; mais

l'intelligence avait conservé toute sa netteté. Il n'y avait eu aucune décharge par le rectum.

Quand le Dr Mackensie et moi examinâmes le malade, nous le trouvâmes dans un état de prostation considérable ; avec les traits tirés et les yeux excavés, caractéristique des affections abdominales graves. Langue sèche et brune. Température au-dessous de la normale ; pouls 98 petit et faible. Le malade était couché sur le dos, les jambes fléchies, depuis trois jours aucune selle. Il vomissait toutes les demi-heures, un liquide légèrement brunâtre d'une odeur franchement intestinale. Forte douleur autour de l'ombilic. L'abdomen était moyennement distendu ; mais, dans les régions hypogastrique et hypocondriaque, il y avait une saillie manifeste de la paroi abdominale antérieure. Le point culminant de cette saillie se trouvant sur la ligne médiane? Dans l'hypocondre gauche, la percussion donnait un son tympanique paraissant indiquer que l'estomac était distendu. Toute la région épigastrique était mate, bien que la percussion profonde donnât de la sonorité. Partout ailleurs, le tympanisme abdominal était uniforme.

Il y avait de la sensibilité épigastrique et il était manifeste que cette région était le siège d'un peu de péritonite. Le toucher rectal ne donna aucun renseignement. La saillie sus-ombilicale donnait à l'abdomen un aspect particulier.

Tout ce que le diagnostic pouvait établir avec certitude, c'est qu'il y avait une obstruction comprenant le côlon. Cette obstruction complète portait sur un point de cet intestin non éloigné de son point initial. De plus, il existait évidemment un peu de péritonite dans la région épigastrique. Il n'y avait aucune raison plausible en faveur de l'invagination, les symptômes ne s'accordaient pas en faveur d'une hernie rétropéritonéale mésentérique ou mésocôlique ; évidemment il ne pouvait s'agir d'un cas de volvulus de l'S iliaque. Il est probable qu'il s'agissait d'un cas de

volvulus d'un cæcum non descendu. Cependant, vu l'enseignement fourni par ce cas de hernie dans l'hiatus de Winslow et les autres cas publiés, je crois qu'à l'avenir il sera possible de faire le diagnostic pendant la vie. Vu l'état grave du malade et sur son désir et celui de ses parents, le Dr Mackensie me proposa de faire une laparatomie exploratrice. L'opération fut faite dans l'après-midi du 17 avril, juste huit jours après le début de l'attaque.

J'ouvris l'abdomen juste sur la ligne médiane, au-dessous de l'imbilic j'introduisis ma main et ne pus retrouver ni le cæcum, ni le côlon assendant. Je retournai alors vers le côlon gauche, et trouvai vide le côlon descendant ; l'S iliaque et le rectum.

J'essayai de suivre l'extrémité supérieure du côlon descendant, mais cela me fut impossible à cause de la distension des anses voisines de l'intestin grêle et de la présence de l'estomac dilaté. Je dirigeai alors mon attention vers l'intestin grêle et découvris bientôt qu'il n'y avait pas de mésentère vrai, néanmains je poursuivis une anse de l'intestin jusqu'à ce que j'arrivasse à un anneau construc'eur de la région épigastrique, à travers lequel passait cet intestin. Tout d'abord il semblait probable que cet anneau était péritonéale. Mais l'anneau était situé au-dessus de cette fossette ; elle n'était pas en relation directe avec la colonne vertébrale, de plus on ne put établir qu'il s'agissait d'un sac de hernie mésentérique, car en poursuivant l'aorte, on put déterminer la véritable situation de la fossette duodénojéjunale. L'orifice de passage était situé beaucoup à droite et au-dessus du lieu habituel de l'orifice du sac de la hernie mésocôlique. Par exclusion plutôt que par constatation directe, il devenait évident que l'anneau constricteur était l'hiatus de Winslow ; mais la présence d'anses intestinales dilatées dans le voisinage de l'orifice rendait extrêmement difficile la démonstration des rap-

ports des organes. Les rapports avec l'estomac ne purent être établis, et la présence de l'intestin extrêmement dilaté contribuait à obscurcir son siège par rapport au foie. Dans les tissus situés en avant de l'anneau, on sentait battre une artère, manifestement l'artère hépatique. J'essaie de réduire, ce qui fut facile, deux ou trois pieds de l'intestin grêle.

Mais la réduction d'une autre anse intestinale qui occupait également l'anneau fut absolument impossible. Il était également impossible d'agrandir l'orifice à travers lequel passait l'intestin, car la chirurgie abdominale même moderne n'a pas encore démontré qu'on pourrait impunément couper simultanément l'artère hépatique, la veine porte et le conduit biliaire. On abandonna toute tentative, le malade ne se remonta pas après l'opération exploratrice et mourut environ six heures après avoir été ramené dans son lit.

Autopsie. — Il existait un début de péritonite généralisée et on trouva une anse de gros intestin tellement dilatée que son diamètre mesurait 4 pouces ; elle était située dans l'hypocondre gauche. Immédiatement au-dessous des cartilages costaux du côté gauche. Au-dessous d'elle se présentait l'estomac légèrement distendu et un peu déplacé en avant et à gauche. On ne voyait aucun autre viscère, sauf le foie et les anses de l'intestin grêle, aucune portion du côlon n'était visible. L'n examen plus attentif montre que le cæcum, tout le côlon descendant et une portion du côlon transverse avaient passé à travers l'hiatus de Winslow et s'étaient étranglés sur les bords de cet orifice. Le côlon s'était porté de droite à gauche ; le cæcum était à l'extrême gauche de la cavité abdominale et s'était creusé une voie à travers le feuillet antérieur de l'épiploon gastro-hépatique, de telle sorte que l'appendice vermiculaire se trouvait placé en avant de la face antérieure de la petite courbure de l'estomac, très près de l'œsophage. Le diamètre du côlon étranglé mesurait près de 5 pouces. Cette

partie de l'intestin présentait des portions étranglées en 2 points, lesquels étaient tous deux limités au côlon ascendant. L'une de ces plaques avait les dimensions d'une pièce d'une demi-couronne tandis que l'autre était deux fois plus grande. L'intestin s'était perforé légèrement au niveau de ce dernier point et les matières intestinales s'étaient épanchées dans la petite cavité du péritoine. Le côlon situé en dehors de l'hiatus de Winslow, se dirigeait brusquement à gauche et était alors représenté par ce segment distendu du gros intestin qui a été décrit plus haut comme situé au-dessus de l'estomac. En atteignant la courbure splénique, l'intestin était si brusquement recourbé sur lui-même qu'il présentait à ce point une nouvelle occlusion. Cette courbure expliquait le degré de dilatation de cette portion du côlon transverse, située au delà du siège de l'étranglement. Le côlon descendant, l'S iliaque et le rectum étaient vides et affaissés ; le grand épiploon était enroulé sur lui-même tout le long de la grande courbure de l'estomac. Tout l'intestin grêle était distendu. Environ 4 à 5 pouces de l'extrémité terminale de l'iléon furent également trouvés dans la cavité herniaire ; ils y avaient pénétré avec le cæcum ; mais celui-ci n'était étranglé que partiellement. Les deux ou trois pieds de l'iléon dont la réduction avait été faite pendant l'opération, étaient indiqués par une coloration pourpre qui les différenciait nettement du reste de l'intestin.

Au niveau de la constriction, le côlon se trouvait en avant de l'intestin grêle. De toute la portion étranglée du côlon. C'est le cæcum qui avait le moins souffert. Il existait un mésocôlon descendant de longueur moyenne. Le côlon était brusquement recourbé sur lui-même au niveau de l'hiatus de Winslow. Le siège de cette courbure brusque, siège de la constriction, correspondait à peu près au centre de la partie moyenne du côlon transverse. L'intestin, depuis se point jusqu'au sommet du cæcum, était compris dans l'étranglement ; l'autre moitié du côlon transverse

était dilatée par suite de la façon brusque dont l'intestin se recourbait sur lui-même au niveau de la coudure splénique. Cette portion de l'intestin (c'est-à-dire l'autre moitié du côlon transverse non étranglée) présentait simplement les caractères de l'intestin non distendu, à part cela, elle était normale. Il n'existait, bien entendu, pas trace de courbure hépatique. Dans la région épigastrique. Il y avait de la péritonite à un degré considérable et quelques adhérences récentes qui unissaient le colon ascendant au foie. Le foie ne présentait aucune lésion. Tous les autres viscères étaient normaux.

OBSERVATION IX

Gangolphe (*Hernie étranglée à travers l'hiatus de Winslow*. *Lyon médical*, 1890 ; vol. LXIV, n° 35, p. 607-612).

Le nommé L. C... âgé de cinquante-sept ans, charron, est admis le 21 juin 1890, salle Saint-Pethin ; pour des symptômes d'exclusion intestinale aiguë. Sans antécédents héréditaires connus, le sujet est d'une constitution robuste ; ancien militaire, il a fait plusieurs campagnes sans avoir eu d'autres maladies que la dysentrie, qu'il eut en Crimée. Pas de syphilis ; pas d'alcoolisme. Depuis 1867, le malade est porteur d'une hydrocèle gauche survenue à la suite d'un traumatisme. Il y a quatre ans, il entra à l'Hôtel-Dieu pour des accidents d'obstruction intestinale absolument semblables que ceux qu'il présenta aujourd'hui, et dont il fut facilement débarrassé par des lavements. Depuis,

cette époque, aucun accident de ce genre n'a reparu, les fonctions digestives s'accomplissent normalement, le malade n'est pas habituellement constipé.

Il y a vingt-quatre heures environ, brusquement, sans cause appréciable, effort ou traumatisme ; le malade a été pris de coliques violentes, s'est mis à vomir, et, depuis ce moment n'a rendu ni gaz ni matières.

A l'entrée du malade, son état est le suivant: état général relativement bon, pouls normal, facies peu altéré. Les douleurs abdominales surviennent d'une façon intermittente, sous forme de coliques violentes, sans siège absolument fixe, mais à maximum épigastrique.

Les vomissements, peu abondants, consistent en liquides verdâtres, qui n'ont ni l'aspect ni l'odeur de vomissements fécaloïdes.

L'abdomen n'est presque pas augmenté de volume dans son ensemble, il n'existe nulle part de tuméfaction isolée. L'exploration est rendue assez difficile par les contractions de la paroi abdominale ; la palpation n'est pas bien douloureuse, et comme la percussion, n'offre rien d'intéressant à noter.

L'évacuation de l'hydrocèle gauche par une ponction permet d'affirmer qu'il n'y a pas de hernie à l'anneau inguinal. L'examen des autres régions est également négatif. Le toucher rectal montre que l'ampoule est absolument vide. Un lavement purgatif produit deux selles dont une contient des matières en petite quantité.

12 juin. Même état général ; les douleurs et les vomissements persistent depuis le lavement, le malade n'a rien rendu par l'anus. Des lavements huileux abondants donnés avec une longue sonde rectale sont rendus presque aussitôt. Le soir, lavage de l'estomac.

13 juin. Les phénomènes d'étranglement persistent. Le facies

est moins bon, les vomissements plus fréquents. Plusieurs lavements à l'aida de syphon, l'électricité, restent inefficaces.

14 juin. — La paratomie est décidée. Un nouvel et soigneux examen du ventre pratiqué avant l'opération montre qu'il n'existe presque pas de tympanisme, et qu'il y a même une submatité assez nette dans les flancs et la région du bas ventre. Le malade indique la région épigastrique comme le siège du maximum de la douleur. Les vomissements ne sont pas fécaloïdes ; l'état général n'est pas encore bien altéré, le pouls est bon. Nous éliminons l'hypothèse d'une obstruction par accumulation de matières fécales ou par invagination, pour nous arrêter au diagnostic d'étranglement interne par un nœud diverticulaire ou par une bride péritonéale. L'échec des divers moyens médicaux employés, aussi bien que notre diagnostic, nous conduisaient forcément à l'intervention.

Opération. — Après anesthésie à l'éther, par une incision de 16 centimètres environ, médiane, j'ouvre la cavité péritonéale, et donne issue à plus d'un verre de sérosité sanglante, absolument semblable au liquide, contenu dans le sac des hernies étranglées. Ce fait nous parut d'autant plus singulier que le péritoine pariétal paraissait absolument normal et sans traces d'inflammation.

Ce qui nous frappa également, ce fut la distension excessive des parties de l'intestin grêle que nous avions sous les yeux, et malgré cela son peu de tendance à faire irruption au dehors. Or, tous ceux qui ont fait la paratomie dans les cas d'occlusion intestinale savent combien l'intestin à de la tendance à faire hernie et est difficile à maintenir pendant l'exploration manuelle intrapéritonéale. Mais, nous l'avons dit, avant l'opération le ventre était peu distendu.

La main droite introduite dans le ventre, nous permet de nous assurer de la vacuité du gros intestin et de l'absence de brides ;

toutefois pour faire un examen complet, nous prenons le parti d'amener successivement tout l'intestin sous nos yeux, en le déroulant, en l'égrénant pour ainsi dire, sans le tirer hors du ventre.

Cette manœuvre commencée, nous éprouvons une certaine résistance qui cède vite et nous amenons au jour une anse d'intestin grêle, qui paraît avoir été étranglée par un lien circulaire. Le sillon est blanc, sans sphacèle, et ressemble absolument au sillon que l'on observe sur l'intestin dans l'étranglement herniaire. L'exploration ne révèle pas dans le voisinage de causes appréciables d'étranglement. Une certaine longueur d'intestin au-dessus de cet étranglement est encore amenée à la plaie ; elle ne présente rien de particulier, si ce n'est que son affaissement contraste avec la distension de la portion située au-dessus du sillon. Nous nous assurons que le contenu intestinal circule parfaitement à travers le point rétréci, et, pensant que la recherche du nœud diverticulaire que nous supposons avoir produit la striction était plutôt du domaine de l'anatomie pathologique que de la thérapeutique, nous refermons la cavité péritonéale. Nous étions alors convaincu d'avoir sauvé notre malade. Quel ne fut pas notre étonnement de voir les accidents persister et déterminer la mort le 17 juin, après un soulagement relatif le jour qui suivit l'opération.

L'autopsie faite avec soin nous donne l'explication de notre échec. On trouva, en effet, au-dessous du foie, dans l'arrière cavité des épiploons, engagée à travers l'hiatus de Winslow, une grande partie de l'intestin grêle ; près de 1 m. 50. L'arrière cavité contenait, en outre, des matières fécales, et présentait tous les signes d'une violente péritonite. L'hiatus de Winslow offrait en haut une espèce de crête saillante sur laquelle le bout inférieur était venu se sectionner, le bout supérieur de l'intestin n'était pas sphacelé. La partie étranglée qui avait été vue et dégagée pendant

l'opération ne put pas être retrouvée ; il est probable qu'elle avait rapidement repris son calibre après sa libération.

Nous avions donc eu affaire à une lésion extrêmement rare, à une hernie de l'arrière cavité des épiploons. Nous avions été assez heureux pendant l'opération pour dégager en le tirant le bout supérieur, mais il aurait fallu pour guérir le malade continuer à tirer jusqu'à ce que la totalité de l'intestin étranglé fut amené dehors. Si nous n'avons pas tenté cette manœuvre, c'est que nous n'avions pas fait le diagnostic (comme cela est arrivé à d'autres chirurgiens) et aussi parce que, après avoir déroulé une certaine étendue de l'intestin, nous ne voulions pas augmenter le danger de l'intervention en la prolongeant outre mesure. Mis en garde par un tel fait, nous agirions autrement à l'avenir.

OBSERVATION X

Reus (de Francfort) (*Arch. de Langenbeck*, t. XLVIII, 1892, p. 310).

Br. (Guillaume), 77 ans ; garde champêtre, est malade depuis 3 jours, d'après ce que dit le médecin. Il est tombé malade après avoir bu du cidre, et a présenté des vomissements et des douleurs abdominales, avec constipation. Une purgation et de grands lavements sont restés sans résultat. On le transporte à l'hôpital.

16 *octobre* 1890. — État actuel. Le malade, alcoolique, est dans le délire, et son état paraît grave. Le ventre est ballonné, mais,

après un examen minutieux, on ne peut préciser le siège de l'occlusion. Un lavage de l'estomac fait sortir des matières d'abord fécaloïdes, et le ballonnement de l'épigastre diminue.

Laparatomie le soir. — Pas de grand épiploon : les anses intestinales bleu-rougeâtre, météorisées, se présentent aussitôt. L'une d'elles résiste aux tractions, et on remarque alors qu'elle est fixée derrière l'estomac dans l'hiatus de Winslow. On tire avec vigueur, et l'anse vient enfin. Elle a à peu près 15 centimètres de longueur, présente des sillons d'étranglement, et est encore en bon état. Au-dessous de cet étranglement, l'intestin est vide. On referme le ventre.

Tout s'est très bien passé sous l'anesthésie chloroforme-éther. Après l'opération, le malade se réveille très agité et cherche à enlever son pansement. Par une erreur malheureuse, après avoir pris de la codéïne, le malade reçoit une dose moins forte et ensuite plus forte d'opium, et tombe dans un sommeil profond avec ronflement. T 36°. 6.

17 *octobre.* — Le lendemain matin, pupilles rétrécies au maximum. Légère cyanose, pouls irrégulier. On donne des excitants, mauvaise journée.

18 *octobre.* — Pupilles encore rétrécies au maximum. T. 37°. Un lavage de l'estomac permet d'évacuer du liquide en grande quantité. Pouls irrégulier, fréquent. Expire vers onze heures.

A l'Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve un paquet formé par des anses intestinales grêles distendues, rouges Une anse est adhérente à la paroi. Le péritoine est intacte. L'estomac est très dilaté. A un mètre et demi de la valvule de Bauhin, l'intestin qui jusque-là est très distendu, devient vide à partir d'un point très net. 15 centimètres après, on rencontre une anse intestinale très colorée par des extravasats sanguins et comme obstruée. Au-dessous, on voit que l'intestin s'est contracté, qu'il avait conservé son péristaltisme. L'anse étranglée s'est encore un

peu vidée, tandis qu'au niveau du sillon d'étranglement, les matières fécales remplissaient encore l'intestin.

La mort est due sans doute à la paralysie intestinale. Peut-être celle-ci doit-elle être attribuée à la grande quantité d'opium administré. Depuis, je donne très peu d'opium après les opérations de ce genre, et, quand je le peux, je n'en donne pas.

OBSERVATION XI

Arthur Neve (*Hernie de l'hiatus de Winslow ; laparotomie ; guérison*, *Lancet*, London, 1892, I, 1175).

R..., âgé de 17 ans, mahométan, entre à Mission, Hôpital de Kashmir, le 10 décembre, se plaignant d'une vive douleur et d'une constipation absolue datant de sept jours. La maladie avait commencé par une crise de vomissements, auparavant il était tout à fait bien et n'était jamais constipé. La cause de cette crise n'était pas connue. Depuis ce jour-là (vendredi) il n'avait pris aucun aliment solide. Un médecin indigène administrait un purgatif, qui n'amena qu'un peu de sang. Le malade avait eu un ou deux vomissements aqueux. La douleur devint plus forte et se transforma en spasmes terribles. L'aspect du malade traduisait son état : son facies était pâle et grippé, son regard anxieux, il marchait plié en deux, les muscles abdominaux rétractés. La température était normale ; le pouls petit et fréquent. En examinant l'abdomen on le trouvait souple et un peu rétracté, excepté à la partie inférieure de la région épigastrique, à droite de la

ligne médiane, où l'on voyait nettement une saillie. Cette saillie était irrégulière, ovale, d'environ 5 pouces de longueur, en partie de consistance solide, en partie de sonorité tympanique la masse s'étendait dans l'hypocondre droit.

On donne un grand lavement (4 pintes), et le malade, suspendu par les talons, est fortement secoué. Une percussion attentive nous montre alors qu'il n'y a pas d'obstruction au-dessous du côlon transverse : environ une once de fragments de matières fut évacuée avec le liquide. Etant donné l'état général, la position de la tumeur et l'ensemble des symptômes, on porte le diagnostic d'étranglement interne et on décide l'opération.

La tumeur qui avait diminué après le lavement, s'est reproduite ; elle peut être un peu mobilisée vers le haut, mais pas du tout en bas ni sur les côtés.

On donne tous les jours un lavement, et de la morphine, pour calmer la douleur. Le malade se tient habituellement assis, courbé en avant ; mais, lorsque survient une crise douloureuse, il pousse soudain un cri et se jette à terre comme dans une attaque. Il se nourrit avec un peu de soupe et de lait et vomit une ou deux fois. A deux ou trois reprises, le lavement ramena quelques matières, ce qui montrait que l'obstruction n'était pas complète ; il passait aussi un peu de sang. A droite de l'ombilic était une zone qui était parfois très tympanisée ; la pression de la tumeur déterminait des gargouillements sonores et était douloureuse.

Le 15 décembre, la tumeur paraît être plus volumineuse que les jours précédents, et occupe l'épigastre tout entier. Par moments, il est possible de sentir nettement un corps allongé, en forme de saucisson. Les forces du malade diminuent rapidement, les douleurs sont cependant moins fréquentes. Cet état se maintient pendant près de trois semaines.

L'opération paraissait ne présenter que peu de chances de succès ; nous ne pouvions pas condamner le malade à un anus

contre nature. Mais, comme les amis du malade désiraient l'emmener avant qu'un traitement actif fût entrepris, nous décidâmes l'opération.

Le 1er janvier, l'assisté par le Dr E. F. Neve, nous faisons une incision de 3 pouces, de forme semi-lunaire, à droite et au-dessus de l'ombilic, mais au-dessous de la tumeur, et une petite portion de l'intestin est tirée sur le côté. Le côlon ascendant distendu, bombé sur la droite de la plaie. A gauche et au-dessous, sous les anses de l'intestin grêle, une portion vide du côlon transverse, et l'estomac, vide chassé en avant par la tumeur et quelque peu tordu sur lui-même. En suivant le côlon distendu, on est amené sur un anneau situé à droite de la ligne médiane, derrière l'estomac. Cet anneau laisse passer deux doigts. Sa limite en avant est formée par un cordon arrondi, lisse et solide, s'étendant de la partie postérieure de l'estomac au foie. La portion flaccide du côlon transverse du côté gauche, pouvait être suivie jusqu'au même orifice. En éloignant les anses intestinales de cet anneau, on rompt quelques adhérences et on rencontre un peu de sérosité : la surface de l'intestin est très congestionnée. A l'intérieur de l'anneau, le doigt peut découvrir de nouvelles anses intestinales.

En tirant sur l'autre partie de l'intestin, flaccide ou distendue, on a la sensation d'une corde, comme s'il y avait des adhérences au delà de l'anneau. Il semble impossible de faire plus. Le taxis ne peut être avantageusement appliqué, car l'estomac bombé fortement en avant et l'espace épigastrique est étroit. D'autre part, comme Trèves le remarque justement, « même la chirurgie moderne n'a pas donné la preuve que l'on puisse sectionner simultanément sans danger l'artère hépatique, la veine porte et le canal cholédoque ». L'anneau constricteur ne peut être incisé. La traction a été inutile. Nous pouvons seulement espérer que l'intervention n'aura pas aggravé l'obstruction et nous procédons aux sutures.

La seconde nuit après l'opération, le malade a de violentes coliques ; on donne un lavement, qui amène un soulagement ; vingt-quatre heures après, survient une selle spontanée. Le lendemain, le malade s'assied sur son lit. Le 6e jour après l'opération on fait le pansement, pas de suppuration. Le 10e jour nouveau lavement suivi d'un soulagement. La plaie était guérie, on examine l'abdomen avec soin ; plus de trace de tumeur ; la région épigastrique est souple et libre : selles quotidiennes ; les forces reviennent. Le 13e jour le malade demande à s'alimenter comme tout le monde, et engraisse rapidement. Il ne ressent plus rien, marche et mange bien, et sort, complètement guéri 26 jours après l'opération.

OBSERVATION XII

J.-S. Picado (*Revista de la Sociedad Medica Argentina*, 1893, II, 10-18).

Histoire clinique. — Pedro Grigera, 8 ans, habitant rue Tucuman, 3611, est un enfant de bonne santé apparente. En outre des fièvres éruptives de l'enfance, il a eu, à l'âge de deux ans, un eczéma du cuir chevelu avec adénite cervicale, pour lesquels il a été soigné à l'Hôpital des Cliniques.

Je fus consulté pour une hernie ombilicale, de la grosseur d'un œuf de canard, que présentait une sœur de ce garçon âgée de trois mois. Elle mourut à onze mois de consomption. Un autre frère qui mourut à deux ans, avait une hernie ombilicale de la

grosseur d'une tête d'enfant et les pieds bots. Trois autres frères sans tare physique.

Père peu intelligent et alcoolique. Voici ce qu'il nous dit de son fils : 10 à 12 jours avant l'apparition des symptômes alarmants, il a vu une grosseur à l'épigastre, de consistance molle ; l'enfant accusait une sensation de pesanteur et des digestions lentes et difficiles, tandis que sa mère croyait simplement qu'il engraissait. Le 17 février de cette année, il a mangé en abondance du melon d'eau et bu du vin de suite après. Le 18, il fut subitement pris d'une violente douleur à l'ombilic, douleur si aiguë qu'il cherchait en vain une position qui puisse le calmer. Le même jour on lui administre un purgatif et le lendemain un autre, qui reste sans résultat comme le premier. Un troisième purgatif le 3e jour reste aussi inactif. Le 4e jour on transporte l'enfant à la consultation du Dr Castilla ? Il présentait alors selon les parents, des vomissements aqueux, et une tumeur notable du flanc gauche, qu'ils attribuaient au melon. Le 5e jour on le transporte à l'Hôpital San Roque, où la famille ne veut pas le laisser.

Enfin le 23 février, le 6e jour, je fus appelé au domicile du malade, mais l'on me cacha la date précise du but des symptômes alarmants, ainsi que les renseignements que je considère comme très importants en pareil cas, savoir : voussure à l'épigastre 10 à 12 jours avant l'éclosion des symptômes, douleur aigue à l'ombilic, tumeur du flanc gauche.

Les symptômes recueillis à mon premier examen furent les suivants : langue saburrale, vomissements verts, soif, douleur généralisée à tout le ventre mais surtout prononcée au niveau de l'ombilic, abdomen globuleux et tympanique, sans qu'il me fût possible de reconnaître les anses intestinales, je pus noter une tumeur qui remontait au-dessus de l'épigastre, submatité à la percussion ; apyrexie, pouls fréquent et petit.

Je soupçonnai une occlusion par stagnation des matières fécales ; à cause de cette tumeur et des antécédents connus des excès de régime. Sans rien savoir des purgatifs répétés pris par le malade, je lui administrai un drastique salin (décoction concentrée de séné, avec du sulfate de magnésie) me proposant ainsi, d'une part, de stimuler les fibres musculaires de l'intestin, d'autre part, d'augmenter ses sécrétions, afin de faciliter l'expulsion du bol fécal.

Septième jour. — Le jour suivant, j'appris que l'enfant avait expulsé par l'anus quelque peu de matières, en petite quantité, semblables par la couleur et la consistance à de la terre glaise. En revanche, les vomissements furent plus fréquents, toujours bilieux. L'enfant très agité, mais sans force pour sauter du lit, se tournait et se retournait sans cesse. J'ordonne un abondant lavement de savon jaune et d'huile d'olives, de la glace intra et extra.

Huitième jour. — A la suite du lavement du jour précédent, le malade avait expulsé une matière abondante, épaisse, couleur chocolat, laissant un dépôt sanguinolent. Malgré cela, les symptômes loin de s'amender, faisaient de plus en plus craindre une issue funeste : à l'agitation avait succédé la prostration ; au lieu de l'hypothermie, nous avions 38°, indiquant un processus inflammatoire, le ventre était plus volumineux, et la même tumeur épigastrique était maintenant moins nette à cause de la tension et du ballonnement des parties voisines ; les douleurs étaient moins localisées et moins aiguës : J'introduis par l'anus d'abord une sonde urétrale, puis une sonde œsophagienne, sans résultat. Cette dernière s'enfonçait dans une substance pâteuse qui empêchait sa progression, et toutes les deux sortirent mouillées par un liquide noirâtre et d'odeur fétide. Je fis une antéroclyse, le liquide qui ressortit présentait les mêmes caractères.

Neuvième jour. — Je trouvai l'enfant dans un état très grave, son pouls était petit et fréquent ; les vomissements qui jamais ne furent fécaloïdes, avaient cessé : les yeux étaient caves et cernés ; dyspnée, voix très faible, prostration extrême, sueurs visqueuses. La température est de 38° 4, le ventre est très ballonné, sans fluctuation notable.

Je fis une nouvelle entéroclyse, dont le liquide sortit à peu près limpide, et j'obtins que le malade fût transporté à l'hôpital.

Le 26 février, il entre à l'Hôpital des Cliniques, où je remis en même temps l'histoire sommaire de la maladie, en demandant la laparatomie d'urgence vu l'échec des moyens médicaux, y compris l'entéroclyse.

Probablement ma note n'arriva pas à la salle d'opérations, puisqu'on essaya de nouveau l'entéroclyse. Le même jour, le Dr A. Castro opère l'enfant, qui meurt lors de l'incision péritonéale.

Autopsie. — Elle fut pratiquée le lendemain, en ma présence, par le Dr Baistrocchi, à l'amphithéâtre du même hôpital.

L'estomac et le lobe gauche du foie sont soulevés, repoussés en avant et reposent en quelque sorte sur une tumeur de surface lisse, et sans solution de continuité, plus large à sa base qu'au sommet. Elle est constituée par une ouverture limitée en haut par le col, de la vésicule biliaire et la base du lobule de Spiegel, en arrière, par la veine cave inférieure, en avant par les vaisseaux du foie et la veine porte, c'est dire que le sommet de la tumeur constitue l'hiatus de Winslow. Cet orifice demi-circulaire, de 2 centimètres, qui à l'état normal met en communication deux cavités virtuelles, l'arrière-cavité des épiploons et la grande cavité péritonéale, avait livré passage à 1 m. 82 de la portion supérieure de l'iléon. Celui-ci, tordu sur lui-même, sortait par ledit orifice, dont les bords le comprimaient fortement, en raison de

sa distension. Il ne fut pas nécessaire d'inciser l'hiatus pour extraire l'intestin hernié.

Le cæcum, tiré en haut, était libre, sans son méso. Le côlon ascendant, était invaginé sur une longueur de 20 centimètres dans le côlon transverse, qui à ce niveau était fortement congestionné.

OBSERVATION XIII

R. Srecchi. — *De la clinique chirurgicale du professeur Novaro, de Bologne.* (*La clinica chirurgica, Milano*, 1894, II, 653 664).

R... G..., âgé de 73 ans, de Bologne, entre à l'hôpital le 13 novembre 1893. Rien à noter comme antécédents héréditaires ou personnels, sauf un séjour à l'hôpital il y a environ un an, pour ulcères variqueux.

Il y a trois jours, sans aucune cause manifeste, le malade accusa une douleur correspondant à la région épigastrique, et qui s'étendit peu à peu à tout l'abdomen. Le jour suivant, l'abdomen commença à se ballonner, et il continua ainsi progressivement jusqu'à atteindre le volume actuel. Le malade n'a plus eu des selles malgré les purgatifs et les lavements. Depuis hier soir, il est dyspnéique et, dans le courant de la nuit, il a vomi à plusieurs reprises des matières d'odeur fécaloïde. Il a été transporté ce matin à la Clinique.

Etat actuel. — C'est un individu de taille moyenne, de conformation squelettique régulière. Etat général bon. Les organes du thorax ne présentent rien de particulier. La température est

de 37°5, la respiration à 42, le pouls à 120, petit et rapide, le facies exprime la souffrance.

L'abdomen est très tendu, mais la tuméfaction est plus marquée dans la moitié supérieure, et dans la fosse iliaque gauche, la percussion de ces régions donne un son tympanique, tandis que dans la fosse iliaque droite la tuméfaction est moins considérable et l'on a de la matité. L'urine est limpide, de couleur jaune sombre, D. 1025. R. acide. Pas d'albumine, quelques traces d'indican.

Traitement. — On pratique sans tarder le lavage de l'estomac et, à peine a-t-on introduit la sonde, que le malade rejette une abondante quantité d'un liquide d'aspect et d'odeur fécaloïdes. Un lavage intestinal ne donne aucun résultat. Le professeur Navaro fait alors la laparatonie séance tenante.

L'abdomen ouvert, on trouve quelques anses de l'intestin grêle distendu, le gros intestin est flasque, la fosse iliaque droite est vide. La main introduite dans le ventre, et ne trouvant rien au cæcum, on commença à dévider l'intestin grêle, en remettant dans le ventre la portion de l'intestin extraite avant d'en sortir une nouvelle portion. En opérant de la sorte, on dévida tout l'intestin grêle, qu'on vit se distendre peu à peu, et on remarque que les anses les plus élevées étaient les plus congestionnées. On comprit alors que ces anses de l'intestin grêle venaient de la cavité rétrostomacale, où elles avaient pénétré, à travers l'hiatus de Winslow, qu'on trouvait suffisamment dilaté pour permettre l'introduction de la main entière. Ayant observé que les bords de cet orifice ne présentaient aucune irrégularité, on crut que tout obstacle à la circulation du contenu intestinal était supprimé, et on procéda à la suture de la paroi.

L'état du malade parut tout d'abord s'améliorer ; mais les vomissements reparurent la nuit suivante, et se répétèrent une ou

deux fois dans la journée. Les forces allèrent en diminuant, et la mort survint le 3e jour.

L'autopsie démontra qu'il y avait réellement une hernie rétro-péritonéale à travers l'hiatus de Winslow. Mais cet orifice avait livré passage, non seulement à toute la masse de l'intestin grêle, mais encore à l'épiploon qui était adhérent à son bord inférieur et formait une bride qui, comprimant le côlon transverse. vers l'angle côlique gauche, produisait un étranglement à ce niveau.

OBSERVATION XIV

Due à l'obligeance du Dr Paul Reynier (de Paris).

Hernie de l'intestin grêle dans l'hiatus de Winslow. Laparatomie. Réduction de l'intestin gangréné. Mort.

« Il s'agissait d'un homme que j'ai opéré à l'hôpital Tenon, avec mon assistant, le Dr Isch Wall, qui n'a pu retrouver l'observation. Je me rappelle aujourd'hui l'aspect bizarre du ventre, aplati au niveau des fosses iliaques ballonné au centre. Cet homme était arrivé en très mauvais état, et nous l'avons opéré d'urgence sans avoir pu obtenir de renseignements bien précis. Il nous dit seulement qu'il avait été pris d'une douleur brusque dans un effort, deux jours avant son entrée. Nous l'avons laparotomisé et grande a été notre surprise de voir une grande partie de l'intestin grêle s'enfoncer dans un orifice situé sous le côlon, et que nous avons reconnu être l'hiatus de Winslow. Malheureusement cet intestin était déjà altéré. Nous pûmes le libérer, mais le malade mourut dans la journée ».

OBSERVATION XV

G. Mori, *chirurgien principal à Brescia*
(*Gazz. med. Lombarda*, Milano, 1898, VII, 257).

Orb. Onorio, âgé de 50 ans, originaire de Cossirane, est un type de paysan malheureusement commun dans nos campagnes; de taille moyenne, chétif, avec une peau d'un jaune terreux, un tremblement de ses mains rugueuses et une desquamation furfuracée de l'épiderme. Ce malade provenant d'un service où, par tous les moyens, on avait essayé de vaincre une constipation opiniâtre, nous était envoyé dans l'après-midi du 2 janvier 1898 comme affecté d'occlusion intestinale. Il présentait, en effet, toutes les apparences d'une grave affection abdominale; prostration générale extrême, œil enfoncé, teinte ictérique, lèvres rôties, langue sèche, brune, animée de trémulations, respiration artificielle, pouls faible et fréquent.

Quant à ses antécédents morbides, son intelligence arriérée et la grande négligeance dont ces pauvres gens usent à l'égard de leurs maladies ne permirent pas de recueillir grand'chose de précis. Le malade assura seulement que, sans cause aucune, et quatre jours avant son entrée à l'hôpital il avait été saisi, durant la nuit, de douleurs aigues et soudaines à l'hypocondre droit douleur qui s'irradiait autour de l'ombilic, avec les caractères des vraies crampes d'estomac, d'abord intermittentes, avec des intervalles plus ou moins longs, ensuite persistantes et continuelles au point de lui suspendre la respiration. A cela vint s'ajouter la

distension de l'abdomen, une augmentation du malaise, une constipation absolue, et des vomissements fécaloïdes.

L'abdomen est tendu spécialement dans sa partie supérieure et antérieure au-dessus de l'ombilic, phénomène que l'on attribue alors à la distension de l'estomac et du colon transverse. Résonnance tympanique en tous points de l'abdomen ; en aucun point la percussion ne donne de signes décisifs de matité limitée. Dans ce cas comme dans celui de Trèves, la distension de la partie supérieure du ventre était remarquable.

La présence d'un obstacle à la marche du courant intestinal était évidente, mais non pas la cause de cet obstacle ni son siège, et malgré que l'état très grave du malade ne permit guère de croire au succès, on se décida pour la laparatomie exploratrice.

Opération. — Elle fut pratiquée dans la matinée du 3. Le 5e jour de la maladie, en présence des distingués docteurs Matezzanini, Cossa Bontempi et Feroldi. Les parois abdominales sont tendues et amincies. Le ventre étant ouvert suivant la ligne médiane au-dessus de l'ombilic les anses de l'intestin grêle apparaissent rouges et énormément distendues par les gaz intestinaux.

Introduisant la main et la portant à droite, je ne rencontre ni le cæcum ni le côlon ascendant. J'en avertis les médecins qui m'assistent ; et j'explore à gauche, où je trouve le côlon ascendant, l'anse sigmoïde et le rectum complètement vides. Je remonte alors avec la main le long de cette portion d'intestin vide, vers la paroi postérieure de l'abdomen, et j'atteins finalement en haut et à droite un anneau constructeur, dans lequel s'insinuait l'extrémité supérieure du côlon ascendant. En imprimant à celui-ci de petits mouvements, on rendait manifeste à travers les parois abdominales la présence d'un globe arrondi, qui occupait tout l'hypocondre droit. Encore que la distension des intestins antérieurs ne permit pas de relever quel était exactement l'état

de l'ouverture, ni ses rapports avec les organes voisins. On devait exclure la possibilité d'un étranglement par l'orifice de la petite fosse duodéno-jéjunale, car l'anneau constricteur se trouvait beaucoup plus haut et trop à droite, loin, par conséquent, de la région duodénale.

Ces petites fossettes péritonéales sont dues au feuillet gauche du mésentère, et se trouvent toutes sur le côté gauche de la portion ascendante du duodénum, elles sont en relation directe avec la colonne vertébrale, et comprises dans l'espace délimité par l'arc artério-veineux, que forment la branche colique de l'artère mésentérique inférieure et la veine du même nom, tandis que l'hiatus de Winslow est en rapport avec l'artère hépatique, la veine porte et les canaux biliaires. Ainsi dans notre cas comme dans celui de Trèves, c'est plutôt par exclusion que par démonstration directe que l'on jugea, sur le moment, qu'il s'agissait d'un étranglement dans l'hiatus de Winslow. Guidé par cette idée, je saisis l'anse et la tirai vers le bas, et sous l'effet de cette traction la tumeur disparut avec un gargouillement intestinal très marqué, tandis que les anses, tendues tout d'abord, se relâchèrent, donnant à tous les assistants la conviction que la hernie se trouvait réduite.

L'incision abdominale fut ensuite fermée par une double suture péritonéale et musculo-cutanée, et le patient, dont l'état s'était très aggravé, fut reporté dans son lit.

Trois heures après, il eut des décharges alvines spontanées et abondantes, qui continuèrent en prenant un caractère diarrhéique. Les phénomènes péritonéaux cessèrent : mais il se maintint une certaine distension des parois abdominales, avec amélioration de l'état général. Le cinquième jour, les taches de sphacèle, apparurent sur les bords de l'incision, dues à l'état de dépérissement organique du malade, ainsi qu'au tiraillement de la peau par la suture. Ensuite, comme l'évolution de l'élimination et de

la suppuration superficielle était très avancée, et que les phénomènes entériques persistaient, le malade fut transporté dans un autre service, et confié aux soins du distingué docteur Leidi. La plaie se cicatrisa graduellement, et le malade complétement guéri, sortit de l'hôpital dans les premiers jours du mois de mars.

OBSERVATION XVI

Groves (H. J. F.) et Marten (R. H.) (*Un cas de hernie dans l'hiatus de Winslow laparatomie ; réduction, double enterotomie, guérison. Indian med. Record*, Calcutta, 27 mars 1901., XX, p. 333-334).

Une dame, âgée de 47 ans, habitant la Nouvelle Galles du Sud, fait appeler le Dr Groves de Brolven Hill. Le 12 mai 1900, elle avait rendu avec efforts une selle dure. Depuis ce jour, elle n'avait expulsé qu'un peu de gaz le 13. Le 16 mai, le Dr Marten, fut appelé en consultation. La malade avait vomi 3 fois, et seulement les aliments qu'elle venait d'ingérer, elle avait constamment dans la bouche des regurgitations de liquide aigre et blanchâtre. L'état général était bon ; le pouls était fort et régulier, à 96 ; rien au cœur ni aux poumons. L'urine avait sa densité normale, mais présentait quelques traces d'albumine. L'abdomen était légèrement distendu, mais la malade était très grasse. Elle se plaignait d'une douleur à la pression profonde au-dessous du rebord costal droit sur la ligne mamillaire, mais il n'y avait aucune tuméfaction. Les conjonctives n'étaient pas colorées en jaune et l'urine avait sa couleur normale. Lavement copieux, pilules de belladone et noix vomique, puis calomel administré par la bouche et lavement de térébenthine et eau savonneuse.

Cette médication ne produisit aucun résultat ; les régurgitations continuèrent avec des borborygmes fréquents, qu'on entendait nettement s'arrêter à droite de la ligne médiane, au-dessous des cartilages costaux, où persistait une légère sensibilité. Lavements à la térébenthine et amidon, sulfate de soude et magnésie à doses répétées.

A 8 heures du soir, ce jour-là, l'état de la malade s'aggravant, les vomissements devenant plus fréquents, l'abdomen ballonné et dur, il fut décidé de pratiquer une laparotomie exploratrice le lendemain matin, s'il n'y avait pas d'amélioration.

Le 17 mai, à 9 heures du matin, l'état de la malade empirant, on lui administra du chloroforme ; et le Dr Marten assisté des Dr Groves et Mackay, pratiqua une incision sur la ligne médiane sous-ombilicale assez grande pour y passer la main. En incisant le péritoine, il en sortit un liquide séreux rouge foncé. L'intestin grêle énormément distendu et injecté, fut sorti de l'abdomen et placé sur des compresses stérilisées chaudes. L'anse sigmoïde et le côlon descendant étaient vides ; le cæcum et le côlon ascendant étaient énormément distendus, de même que le côlon transverse, qu'on sentait passer sous le foie et sous une bande, peu serrée en apparence, mais comprimant cependant l'intestin. Cette bande était la paroi antérieure de l'hiatus de Winslow, dans lequel on pouvait aisément passer deux doigts : ce qui permettait de sentir les battements de l'artère hépatique dans sa paroi antérieure. L'intestin grêle était tellement distendu, qu'on aurait écrasé le cæcum en le remettant en place, si l'on n'avait pas pratiqué une une petite incision sur son bord libre, parallèlement au cours des vaisseaux. Il en sortit une grande quantité de gaz et des fèces liquide. L'incision fut refermée par une suture à la Lambert. Il fut alors facile de replacer l'intestin grêle ; mais le cæcum et le côlon ascendant restaient tellement distendus qu'on décida de pratiquer une entérotomie temporaire, car il était à craindre que

la surdistension de l'intestin provoquât sa paralysie par compression. Suturant donc une petite surface du cæcum à l'angle inférieur de l'incision, et refermant par le procédé ordinaire la partie supérieure de l'incision abdominale, on mit dans le cæcum un drain au caoutchouc n° 12 aboutissant à une bouteille qui évacua immédiatement beaucoup de liquide et de gaz.

L'opérée supporta admirablement le chloroforme ; avant de la ramener dans son lit, on lui administra une injection sous-cutanée de strychnine. Elle se réveilla bien et n'eut que très peu de shock. Elle vomit une demi-pinte de liquide brun foncé, infect. A 5 heures du soir, elle était gaie ; il était sorti beaucoup de gaz par le drain, et l'on avait évacué avec une seringue des fèces liquides. A 8 heures du soir, elle était décidément mieux ; et il passait encore beaucoup de gaz et de fèces par le drain.

Le 18 mai, à 9 heures du matin, le Dr Groves notait que la malade avait eu une très bonne nuit ; elle avait eu une selle et rendu des gaz par le rectum et le drain du cæcum, en grande abondance par ce dernier.

Le 19 au matin, la malade essaya de se lever, les gaz et les fèces continuèrent à passer par le rectum et tout alla de mieux en mieux. Pas de distention de l'abdomen ni de vomissements. Le 27 mai, le Dr Groves enleva le drain, les gaz et les fèces passant librement par le rectum, et ferma l'incision faite au cæcum avec de l'ouate collodionnée.

Exeact le 7 juin, les fèces passaient encore par l'ouverture cæcale, mais de moins en moins.

La maladie revint à Adélaïde le 20 juin, désirant voir refermer sa fistule ; mais comme parfois le cæcum se distendait en laissant échapper par l'ouverture des fèces liquides, on décida de laisser subsister cette soupape de sûreté, qui était très peu gênante, puisqu'elle restait plusieurs jours sans laisser sortir des fèces et des gaz et n'admettait qu'une sonde fine. La malade elle-même

préféra laisser les choses en l'état et avait probablement raison, car ainsi le gros intestin est ancré et peut empêcher le côlon de faire hernie dans l'hiatus de Winslow ; en cas d'obstruction ; c'est une porte de sortie. La malade retourna chez elle en parfaite santé, et depuis la guérison s'est maintenue.

Réflexion. — C'est certainement un cas de hernie dans l'hiatus de Winslow, d'après la position du gros intestin dans l'orifice, situé sous le foie, et surtout parce qu'on pouvait sentir les battements des gros vaisseaux à la paroi antérieure de l'hiatus. La hernie pouvait être d'une des variétés rares décrites par sir Astley Cooper, dans lesquelles l'intestin est pincé dans une des diverses fosses péritonéales ; mais je ne pense pas que ce soit mon cas, d'après sa position et la présence de l'artère dans la paroi antérieure. Dans notre cas, l'intestin n'était que très peu engagé et fut facilement réduit tandis que dans l'observation publiée par Trèves, en 1888, une portion du côlon avait passé dans la cavité péritonéale, et il était impossible de la réduire.

Nous avons appris par la suite, que la malade a eu une autre fois de l'obstruction intestinale, avec des vomissements ; la fistule s'ouvrit et laissa échapper des gaz et des fèces liquides. Ces accidents s'arrêtèrent pendant un voyage à Adelaïde ; la trépidation du train dut contribuer à ce résultat.

OBSERVATION XVII

Delkeskamp (*Beitrag zur klinische chirurgie*, 1905).

Louise H.... 28 ans, est habituellement bien portante. Le 19 juillet 1904 elle a eu un accouchement après une grossesse

normale. Immédiatement après l'accouchement, elle a éprouvé dans la région de l'épigastre des douleurs très fortes, ayant le caractère de coliques, espacées d'environ une demi-heure. Elle a eu des vomissements abondants liquides. Arrêt complet des matières et des gaz. Cet état a duré pendant 6 jours. Le sixième jour, l'état général s'aggrave et le 25 juillet, elle entre à l'hôpital.

C'est une femme maigre très affaiblie. Le teint est pâle, les yeux excavés, la langue sèche. La température est de 37° 3 ; le pouls est petit, filiforme, à 172. Rien à l'auscultation. Le ventre est ballonné. On voit sur la paroi abdominale, au niveau de l'estomac, une voussure semi-lunaire à convexité inférieure qui, sur la ligne médiane, s'étend de deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic jusqu'à une demi-main de largeur au-dessous ; latéralement, cette voussure va en s'effilant et s'amincissant vers les côtes. A peu près toutes les 10 minutes, on voit et on sent cette voussure, se contracter très fortement sous la paroi. L'évacuation de l'estomac donne environ 3 litres de liquide verdâtre, non fécaloïde. Le pouls est un peu mieux frappé. Lavements alimentaires.

Le 26 juillet l'opération est pratiquée par le professeur Garré. Laparatomie médiane sus-ombilicale. Apparaissent aussitôt quelques anses grêles, flasques, avec une anse du gros intestin très distendue, que la présence de l'appendice fait reconnaître pour le cæcum et le colon ascendant. Mais cet intestin, n'est pas libre dans la grande cavité. Ainsi que les anses grêles flasques, il est recouvert d'un mince feuillet péritonéal. Ce feuillet déchiré on arrive directement sur le gros intestin distendu dont la forme rappelle celle de l'estomac. Après avoir détruit quelques adhérences, on attire tout l'intestin dans la grande cavité. En bas et à gauche, on voit l'anse sigmoïde affaissée, tendue et attirée en haut et à droite, où elle disparaît derrière le ligament hépato-

duodénal, dans une ouverture laissant passer 3 doigts. La flexure sigmoïde est fortement étranglée, par le ligament hépato-duodénal, au point où elle se continue avec la portion du gros intestin distendue et violacée qui se trouve dans le sac péritonéal. On refoule dans l'anse sigmoïde le contenu du gros intestin distendue ce qui permet d'attirer celui-ci en avant, hors de l'orifice qui l'enserrait. Avec lui sort une anse grêle de 8 centimètres de longueur. Le reste de l'intestin grêle était libre dans la cavité abdominale.

En examinant les anses intestinales, on découvre un mésentère commun au gros intestin et à l'intestin grêle. Le mésentère de la flexure sigmoïde est aussi très long.

Les anses sont remises à leur place. Suture à 3 étages. Evolution de la plaie normale.

Le 2 septembre, la malade quitte l'hôpital, guérie.

OBSERVATION XVIII

Jeanbreau (E.) (*Un cas probable d'occlusion par l'hiastus de Winslow. Rev. de chir.*, 1906., p. 619.)

En mai 1907, un jeune garçon de seize ans est pris en pleine santé de phénomènes d'occlusion intestinale : vomissement alimentaires et bilieux, douleur épigastrique, suppression des selles et des gaz. On lui donne plusieurs lavements qui ne produisent aucune évacuation de matières.

L'un de nous (Jeanbreau) est apelé auprès de lui le troisième jour. Le malade était dans l'état suivant : facies grippé, pouls vibrant, à 90, apyrexie, abdomen peu dissendu ; une voussure

très nette soulevait les régions épigastrique et sus-ombilicale. Les flancs et les fosses iliaques étaient affaissés. La palpation n'était douloureuse qu'au niveau de la tuméfaction. Rien par le toucher rectal.

On porta le diagnostic d'occlusion aiguë, sans en préciser la nature et on intervint immédiatement.

Chloroforme. — Incision médiane, commençant à 4 doigts au-dessus de l'ombilic et finissant à trois travers de doigt au-dessous.

Pas de sérosité. Péritoine normal. Le cæcum et le cadre côlique sont affaissés et vides, ainsi qu'une partie de l'intestin grêle. L'incision est prolongée en haut jusqu'à l'appendice xyphoïde. On aperçoit alors un paquet d'anses grêles très distendues, agglomérées au-dessous du foie. Il semble que la distension porte sur le duodénum et une bonne partie du jéjuno-iléon. Mais on est immédiatement frappé par un fait qu'on ne rencontre guère dans les laparotomies pour occlusion. Non seulement les anses intestinales dilatées ne tendent pas à sortir du ventre mais on reconnaît, en cherchant à les mobiliser, qu'elles sont maintenues fixées à la paroi postérieure de l'abdomen et qu'elles semblent pénétrer sous le foie. On examine s'il ne s'agit d'une occlusion par torsion du mésentère, ou par bride, ou par étranglement dans un orifice anormal. Mais on ne trouve rien qui permette de penser à l'une de ces causes d'occlusion. On cherche à dégager doucement les diverses anses dilatées, en commençant par une anse vide, mais on ne peut y parvenir sans risquer de déchirer l'intestin. L'index, cherchant à reconnaître le point ou l'intestin est étranglé, perçoit une sorte de pédicule qui s'enfonce en haut et à droite, dans la région de l'hiatus de Winslow.

On pense à ce moment à la possibilité d'une hernie dans l'hiatus de Winslow ; mais on rejette mentalement ce diagnostic, à cause de l'extrême rareté du cas.

Dans l'impossibilité de trouver et de lever l'obstacle, on songe

à faire l'entérotomie de décharge, préconisée par Madelung, et que M. Michaux recommandait en 1897 à la Société de chirurgie lors de la discussion sur l'occlusion intestinale. Mais on ne peut attirer hors du ventre une des anses distendues, conditions nécessaires pour ne pas souiller le péritoine ; l'anse la plus mobilisable pouvait à peine arriver entre les lèvres de la plaie opératoire. Pour ne pas prolonger outre mesure des manœuvres dangereuses, on se résigne à refermer le ventre, en établissant un anus sur l'anse distendue, amenée dans l'incision pariétale. On fait donc une entérotomie sur la ligne médiane, un peu au-dessus de l'ombilic. Un liquide coloré en vert par la bile s'écoule abondamment presque aussitôt, et la tuméfaction épigastrique diminue de moitié sous nos yeux.

Les suites immédiates furent très bonnes : l'anus fonctionna parfaitement pendant deux jours ; et les parents crurent leur fils sauvé, lorsqu'il succomba, le 3e jour, avec des phénomènes méningitiques. Le confrère, qui surveillait l'opéré de très près, affirme n'avoir constaté aucun signe de péritonite.

Il est probable qu'il s'agissait d'une hernie de la partie supérieure de l'iléon dans l'hiatus de Winslow. Il n'est pas possible de l'affirmer, puisqu'elle n'a pas été réduite et que l'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION XIX

Rawitsch-Schtscherbo (*Jahresb. f. chir.*, III, *Theil*, p. 627, 1900).

L'article original impossible à avoir, mais dans ce cas il s'agissait d'un diverticule de l'intestin grêle qui avait pénétré à travers,

l'hiatus de Winslow. L'opération n'a pas été pratiquée ; le malade est mort et ces résultats furent constatés à l'autopsie.

OBSERVATION XX

Adjaroff (cité par Hilgenreiner. *Prag. méd. Woch.*, 1903, p. 571.).

L'observation originale impossible à avoir, mais dans ce cas la hernie à travers l'hiatus de Winslow était constituée par l'intestin grêle. Le malade fût opéré, mais mourut peu après.

OBSERVATION XXI

Morton (Charles-A.). — *A Clinical lecture on a case of hernia strangulated in the feramen of the Winslow. Brit. Med. Journ.* pp. 641-644, 13 March 1909.

Immédiatement après la défécation à 9 heures du matin une brusque douleur dans la partie centrale et inférieure de l'abdomen, qui se prolongea. Ces douleurs furent paroxystiques et intenses. Les vomissements se produisirent le même soir et devinrent dès ce moment fréquents. Le vomissement consiste en bile et liquide

aqueux. Aucun gaz ne passa à partir du début de la crise et seulement un peu de matières passèrent après un lavement, tandis que les purgatifs restèrent sans effet.

A l'examen on constate un abdomen modérément distendu et légèrement sensible juste à droite et au-dessous de l'ombilic, sans rigidité. Là se trouve un empâtement intestinal marqué, aucun antécédent dans les troubles digestifs. La température 90° et le pouls bien frappé à 78°. Il n'y avait pas de hernie externe. Les symptômes les plus évidents étaient ceux d'une occlusion intestinale aiguë (mécanique) et la cœliotomie était indiquée.

Opération. — Admis à 4 heures de l'après-midi, le malade fut opéré à l'hôpital général. A l'ouverture de la cavité péritonéale, il s'échappa une grande quantité de liquide teinté de sang. Le bout inférieur de l'iléon sur une longueur de deux pieds était vide, mais tout le reste de l'intestin grêle était rouge et très distendu. En suivant l'intestin vide je trouvais qu'il passait serré à travers une ouverture qui correspondait à l'hiatus de Winslow ; mais mon incision ne me permit pas de le voir. Je sortis l'intestin sans grande difficulté et je trouvai le sillon d'étranglement sur l'intestin congestionné.

L'intestin grêle était si distendu que je n'ai pu provoquer une évacuation spontanée.

J'essayais d'abord de forcer le contenu à travers l'anse vide dans le gros intestin, mais le résultat fut minime. Aussi je saisis l'intestin entre des champs et je le rattachai à un très petit tube de Paul. Grâce à lui, anse par anse, il me fut possible d'évacuer le contenu intestinal et de replacer l'intestin dans l'abdomen dans un état relativement vide. Les anses intestinales, pendant toute cette période, étaient recouvertes avec un champ stérile imbibé de solution saline.

Finalement je fixai la portion de l'intestin où se trouvait le tube de Paul au péritoine pariétal par plusieurs sutures en fer-

mant l'abdomen tout autour. Un drain très fin conduisait le contenu intestinal du tube de Paul dans un récipient. Le pouls pendant l'opération monta jusqu'à 140 et resta ainsi jusqu'à la fin, tout en étant plein et fort.

Le jour suivant, 7 octobre, pas de vomissements, depuis l'intervention (pas même de vomissements anesthésiques) et cessation de la douleur. Un peu de matières liquides passent à travers le tube. Le pouls bon. Distension modérée avec une sensibilité abdominale légère. Le 8 octobre : même état. Le 9 octobre, douleurs dans le rein droit, soulagée par de la morphine. Pas de vomissements et le pouls toujours bon. Le 11 octobre, ventre plat, sans sensibilité. A cette date je notais que son tube Paul n'était pas séparé, mais qu'à un endroit le péritoine pariétal, à la partie suturée autour du tube, était souillé et donnait lieu à un petit passage dans la cavité péritonéale, près de certaines anses intestinales. Cet espace semblait bien fermé par des adhérences intrapéritonéales. Cependant j'introduisis une mèche de gaze iodoformée. Le 12, le tube de Paul commença à se séparer et fut enlevé. Les intestins agissaient librement à travers l'ouverture artificielle et légèrement par l'anus. Le matin du 13 octobre, il se plaignit de douleurs dans le bas ventre. Pas de vomissements. Il ne se plaignit plus le reste de la journée, son pouls restant toujours bon. Dans la soirée il lisait son journal. Pas de fièvre. Mais vers 10 heures du soir, l'infirmière nota qu'il avais mauvais aspect, avec un pouls très faible ; à 3 heures du matin il mourut.

C'est une mort presque brusque chez un homme en apparence allant très bien.

Autopsie. — On constata que la jonction de l'intestin ouvert à la plaie avec le péritoine pariétal s'était effondrée, et que cette perforation correspondait au passage noté le 11 octobre.

Les adhérences autour de cet endroit n'étaient pas solides et avaient laissé l'infection gagner le péritoine pelvien.

Il y avait un peu de lymphe sur certaines anses intestinales autour et une péritonite pelvienne étendue ; le reste de la cavité péritonéale dépourvue d'inflammation.

Le cœur sans dégénérescence. Il était évident que l'intestin avait été étranglé dans l'hiatus de Winslow, car on ne constatait aucune ouverture par où il put passer.

Je notais qu'il était très facile à l'intestin grêle d'atteindre cet hiatus ; probablement c'était dû à la longueur anormale du mésentère.

OBSERVATION XXII

Carwardine (*Note on a case of hernia through the foramen of Winslow. The Lancet*, 24 oct. 1908, p. 1215).

Un ingénieur, âgé de 44 ans, fut subitement pris, en téléphonant, de violentes douleurs abdominales. Au début pas de vomissements, mais de légères nausées, la douleur subsista ultérieurement en empêchant le sommeil. Le jour suivant, plusieurs vomissements, et le jour de son examen, deux jours après le début de la crise, il avait des vomissements noirs d'encre. Le malade était pâle avec les extrémités refroidies ; le pouls faible à 124 de pulsations ; température 97° F. L'abdomen distendu mais n'offrant pas de résistance sauf à l'épigastre où il y avait augmentation de résonance correspondant à la position du cul-de-sac péritonéal inférieur. La constipation était absolue pendant vingt-quatre heures.

On décide une intervention immédiate. Le malade était à peu près sans le pouls. L'intestin noir et terne fut découvert en ti-

rant sur l'épiploon gastro-hépatique. Une partie de l'intestin, fut réduite, mais un feuillet vasculaire incertain semblait résister aux efforts de réduction ; et comme l'état du malade était mauvais des drains furent placés dans l'intestin invaginé ; le malade mourut 3 heures après.

Pr Walker Hall constata à l'autopsie qu'il y avait environ 2 pieds 1/2 de l'extrémité inférieure de l'iléon, dans le cul-de-sac inférieur. Toute cette portion a passé au-dessus du côlon ascendant et la partie droite du côlon transverse dans le cul-de-sac inférieur. Du point d'entrée la partie inférieure de l'iléon tirait sur la valvule iléo-cæcale, le mésentère était enroulé de telle manière qu'il formait un angle aigu similant un feuillet vasculaire.

OBSERVATION XXIII

W. Haw (*A case of hernia through the foramen of Winslow. Lancet*, june 5th, 1909, p. 1598, t. I.)

Un garçon de couleur, âgé de 5 ans, fut amené à 9 heures du matin le 28 janvier dans un état moribond et mourut une demi-heure après. Voici son histoire : le 15 janvier, sa mère appela l'auteur pour l'enfant qui avait des vers. Les médicaments (santonine et calomel) semblaient avoir fait son effet, puisque jusqu'au 27 janvier, il courait, s'amusait et semblait bien portant, à 7 heures du matin, le 28 janvier. A ce moment il fut brusquement saisi d'une douleur abdominale et de faiblesse et amené aussitôt au service chirurgical ; il y mourait une demi-heure après.

A l'autopsie, on trouva que le cæcum, l'appendice et une partie de l'iléon derrière l'estomac avaient passé à travers l'hiatus de Winslow. La réduction fut impossible tant qu'on ne sectionna pas le ligament gastro-hépatique contenant les vaisseaux. Un côté curieux de ce cas, c'était de constater que le cæcum et l'appendice étaient remplis de vers, l'appendice étant gros comme le pouce et conique à la coupe, 53 gros vers furent enlevés du cæcum et de l'appendice. La portion étranglée était naturellement très congestionnée et tuméfiée, le reste de l'intestin grêle n'était pas dilaté, quoiqu'en général il y avait une dilatation de vaisseaux mésentériques.

Les points intéressants de ce cas sont : 1° l'âge du malade, 2° le collapsus précoce, et 3° que cet état a été produit apparemment directement par les vers.

OBSERVATION XXIV

E. Schwalbe. — *Intraabdominale Hernie der Bursa ormentalis bei Geschlossenem Foramen Winslowi*, p. 561, *Virchow's Archiv.*, Bd 177, H. 3, 1904.)

L'auteur eut l'occasion de faire l'autopsie d'une femme de 34 ans qui lui arriva avec le bulletin de décès suivant : Néphrite paranchymateuse, insuffisance et rétrécissement mitral et aortique. L'examen abdominal montra qu'il y avait une membrane très mince qui enveloppait les intestins grêles. Le côlon transverse avait un trajet anormal. L'angle colique droit était aigu et presque parallèle au côlon ascendant normal. La voûte du côlon

transverse atteignait l'entrée du bassin et passait par-dessus. L'intestin grêle trouvait derrière le ligament gastrocolique entre l'estomac et le côlon transverse, tandis que l'extrémité libre de ce ligament avait des rapports variés avec les organes sous-jacents.

Porte d'effraction. L'intestin grêle pénètre à travers une ouverture de 5 centimètres dans l'arrière cavité des épiploons. L'ouverture passe par le méso-côlon transverse.

Le méso-côlon dans sa partie gauche très ténu comme une toile d'araignée est plus consistant au bord ventral droit de la porte d'entrée. Un pseudo-ligament mince se tend à travers l'ouverture. Le sac herniaire est formé par l'arrière cavité des épiploons. Le ligament gastro-colique (est très mince, présentant des solutions de continuité à travers lesquelles passent des anses intestinales. L'estomac est attiré en bas, l'arrière-cavité des épiploons n'est pas perméable par le foramen de Winslow. L'arrière cavité des épiploons est distendue par les anses intestinales. L'anse herniée correspond à la partie de l'intestin grêle située immédiatement en arrière de l'angle duodéno-jéjunal. L'entrée de la hernie était recouverte par le méso-côlon. En tirant la hernie en dehors on constate un prolongement duodéno-mésocolique inférieur de même qu'un recessus duodéno-mésocolique supérieur plus faible tandis qu'il n'existe pas de recessus veineux. L'anse extraite correspond au segment le plus inférieur de l'iléon à 8 centimètres de la valvule iléo-cæcale. L'intestin se trouvait dans le sac herniaire avec son mésentère.

OBSERVATION XXV

Haymann. — *Beitr. zur Casuistik der hernia foramen Winslowii*) Thèse Münich, 1892)

A. L., malade âgé de 20 ans, présentant des signes de tuberculose pulmonaire avancée entre à l'hôpital le 16 juin 1890. Tousse et crache beaucoup, se plaignant d'un point de côté à droite à la partie inférieure du thorax. La température jusqu'au 6 juillet ne s'élève pas au-dessus de 38°4. Brusquement à cette date, élévation de température à 40°, pouls à 120 pour redescendre au bout de 3 jours à la normale. Une ponction exploratrice pratiquée le 7 juillet donne lieu à un exsudat séreux : dans l'après-midi le malade vomit des masses muqueuses, le 8 juillet le vomissement est d'environ 2 litres, le pouls est petit, les membres froids ; ces vomissements continuent, sous forme de produits noirâtres semi-liquides. On pose le diagnostic d'une occlusion intestinale dans les environs de l'estomac et on décide une laparotomie.

Incision médiane supra et sous-ombilicale : après incision du péritoine il se présente un fragment intestinal pris d'abord pour le colon et qui fut reconnu pour de l'estomac : la partie initiale de l'intestin grêle était remplie de liquide et de gaz. L'opérateur (Prof. Augerer) plongea sa main dans la fosse duodéno-jéjunale à la place incarcerée ; aussitôt il se produisit un bruit d'évacuation dans les parties sous-jacentes de l'intestin : l'incarcération est libérée. On constata que la hernie de l'intestin grêle s'était produite à travers l'hiatus de Winslow. Après désinfection on ferme la paroi. Le malade meurt 1/4 d'heure après l'intervention.

A l'autopsie. — Estomac très dilaté, la grande courbure atteint l'S iliaque, le côlon transverse attiré vers le bas. Le duodénum rempli de liquide. Lésions de tuberculose pulmonaire aux 2 poumons ; pleurésie purulente à droite. En résumé : Hernie interne de l'arrière cavité des épiploons produite et libérée quelques instants avant la mort.

OBSERVATION XXVI

Thomas Sinclair. — (*Strngamlated hernia througt the foramen of Winslow opération recovery. Brit. Med. Journ.*, 1909, 13 March, p. 645.)

Homme âgé de 58 ans, toujours en excellente santé, sans aucun trouble digestif. Le 13 décembre 1908, à la suite d'une quinte de toux, éprouve une violente douleur dans la partie supérieure de l'abdomen, la partie inférieure du thorax et au côté. C'était des coliques avec irradiation dans la région interscapulaire. Une évacuation intestinale suivit cette crise, vidant la partie inférieure de l'intestin mais sans soulagement de la douleur. Le malade prend un purgatif sans résultat, de même des médicaments à base de calomel. La constipation était absolue aussi bien pour les matières que pour les gaz. Le pouls était à 70 et la température normale.

Les vomissements, absents les premiers jours, apparurent le 3e jour. Il n'y avait pas de défense de la paroi et pas de ballonnement pendant les 2 premiers jours et il ne put affirmer s'il y avait eu quelque tuméfaction épigastrique définie.

Le matin de l'intervention, on constate une matité bien limitée dans cette région mais sans douleur locale. Au moment des crises paroxystiques qui s'irradiaient dans la région interscapulaire et à la partie inférieure du thorax et de l'épigastre, le malade trouvait du soulagement en se tournant sur la face et en comprimant avec sa main la partie supérieure de l'abdomen.

Il n'y a jamais eu de douleur dans la région ombilicale ou en-dessous, à aucun moment.

Opération. — La cœliotomie fut pratiquée le 3e jour, l'abdomen ouvert par une incision au-dessus de l'ombilic sur la ligne médiane. Les bords de l'hiatus de Winslow étranglaient l'intestin ; et par une dilatation douce on put suffisamment le forcer pour retirer la portion étranglée. Deux pieds et demi du jéjunum furent enlevés de la petite cavité du péritoine avec une facilité relative. La constriction annulaire était bien tranchée et presque entièrement gangrénée et l'intestin avait l'apparence d'avoir perdu sa tunique externe. On décida de ne pas exciter la portion endommagée, mais elle fut rattachée à la plaie pariétale et finalement fixée par 2 sutures de catgut. Le bord libre du grand épiploon fut suturé tout autour de lui par des sutures et l'autre bord au mésentère formait ainsi un plan protecteur de telle manière que si une perforation ou une rupture se produisaient, l'extravasation put être retenue dans un compartiment épiploïque opposée à la plaie pariétale. Aucune complication abdominale ne se produisit et le malade fut debout 3 semaines après.

Il est à noter que pour les 18 cas rassemblés par Jeanbreau et Riche, la cœliotomie fut faite dans 11 cas avec 4 guérisons.

Il est à noter que dans le cas actuel on ne fit pas d'incision, mais une prudente dilatation du foramen avec la phalange du petit doigt.

Il est à noter :

1° Malgré l'étranglement serré, le vomissement ne fut pas un symptôme précoce ;

2° La douleur intrascapulaire ;

3° La position instinctive sur le ventre, au moment des crises pour soulager la douleur ;

4° Absence de douleur autour de l'ombilic et au-dessous de lui.

OBSERVATION XXVI (personnelle).

Dr de Martel et R. Delitch.

Mme C., habitant Paris, passa le mois d'août 1918 au bord de la mer avec son enfant. Elle se sent très faible avec des étourdissements fréquents, très nerveuse, distraite, avec l'incapacité pour tout travail physique ou intellectuel. Elle dort bien et mange avec bon appétit et pourtant elle maigrit beaucoup. Elle tousse un peu, mais ne crache pas. Un peu de fièvre le soir (38°, 38°,2). Son enfant se porte bien. A son retour à Paris, l'amaigrissement continue. Le mari, inquiet, décide de soumettre sa femme à un examen radioscopique, qui fut pratiqué par le Dr Mingot, samedi le 15 décembre 1918 à 3 heures de l'après-midi. Voici le résultat :

1° *Examen du thorax* : Thorax long. Les sinus costodiaphragmatiques sont aiguës, claires et mobiles, mais la moitié interne du diaphragme droit ébauche un mouvement paradoxal : le diaphagme s'élève à l'inspiration et s'abaisse à l'expiration comme cela à lieu dans certaines pneumothorax. La transparence géné-

rale de champs pulmonaires est bonne. Au moment de la toux le sommet droit prend un aspect nuageux revélateur d'îlots de condensations parenchymateuse et le sommet gauche ne s'illumine pas du tout.

Les ombres hilaires droites forment une bande étroite, mais assez longue qui borde le cœur ; elles renferment à l'origine de la bronche droite inférieure une tache calcaire de 4 à 5 millimètres de diamètre. Les ombres hilaires gauches sont à peu près normales. En position oblique antérieure droite, l'espace clair médian se présente avec une excellente transparence sauf au milieu où un léger voile l'assombrit. De face et sous les incidences obliques l'ombre cardio-aortique est normale.

2° *Examen du tube digestif* : l'examen est pratique 6 heures apres un repas opaque. L'estomac, le duodénum et le jéjunum sont vides. Le bismuth qui reste dans la portion terminale de l'iléon masque le fond du cæcum qui descend debout, à la partie toute inférieure de la fosse iliaque. Les pressions sur le fond du cæcum ne sont pas douloureuses. Le cæcum et le côlon ascendant ne sont pas dilatés et l'angle sous hépatique se projette assez bas : quelques centimètres au-dessous de la crête iliaque. Un nouveau repas opaque met en présence d'un estomac en J situé au milieu de l'abdomen. Le point déclive descend 2 ou 3 centimètres au-dessous de la ligne bis-iliaque. Le pylore parait sur le bord droit de la quatrième vertèbre lombaire et laisse de la réplétion gastrique, un peu de bismuth filtrer dans le bulbe duodénal. Bulbe sans particularités. Toute la surface de projection gastrique pylorique et duodénale est insensible à la pression. Les manœuvres de rétraction de l'abdomen, remontent un peu le fond de l'estomac et le pylore. Les limites de l'image gastrique, de face et de profil, sont exemptes des lacunes et de diverticules. La situation anormale de l'estomac au milieu de l'abdomen est duea la distension du côlon descendant par de l'aérocolie.

En résumé : très légère densification des deux sommets des poumons. Légère accentuation des ombres hilaires. Estomac et intestin exempts de lésions organiques décélables au radiodiagnostic. Aérocolie témoignant d'aérophagie intermittente.

Une demi-heure après l'examen radioscopique la malade prend un petit repas léger. A 5 heures du soir elle est prise d'une violente douleur au niveau de la fosse iliaque droite qui disparaît au bout de cinq minutes. Le soir la malade dîne comme d'habitude, passe une bonne nuit sans rien d'anormal.

Dimanche 16 *décembre* 1918. — A 11 heures du matin la douleur réapparaît sous forme de crampes violentes, puis au bout de cinq minutes disparaît complètement. Elle déjeune normalement mais à cinq heures de l'après-midi, nouvelle crise douloureuse d'une extrême violence, cette fois-ci persistente, obligea la malade de se coucher. A 7 heures du soir son médecin traitant l'examine et pense à une crise d'appendicite aiguë ou des coliques hépatiques. Il ordonne une injection de morphine qui calme momentanément la malade, mais elle continue à souffrir pendant toute la nuit suivante.

Lundi 17. — La douleur ne cesse pas — on fait des injections de morphine. Le soir on administre un purgatif et un lavement suivi d'une évacuation minime de matières. A 9 heure du soir le médecin traitant fait appeler en consultation le Dr Achard. Ce dernier pense à l'aérophagie avec état nerveux et ordonne la belladone et une potion calmante et fait coucher la malade sur le ventre, pour faciliter l'expulsion des gaz, mais sans résultat.

Mardi 18. — Le matin on administre un lavement qui amène l'évacuation de quelques boules de bismuth. Dr Achard voit de nouveau la malade et ordonne l'application de la glace sur le ventre et l'administration de la belladone et de la potion calmante. L'absorption de cette dernière provoqua un petit vomissement liquide. La malade a de fréquentes éructations gazeuses. On pose

une sonde rectale à demeure pour faciliter l'évacuation des gaz, mais sans aucun résultat.

Mercredi 19. — La malade assise sur son lit cherche à évacuer les gaz, mais sans résultat, par contre la position assise exagera la douleur. On fait l'application de cataplasme de farine de lin, des compresses chaudes et on donne de la belladone et de l'eau chloroformée.

Jeudi 20. — Lavage de l'estomac, lavement, grand bain chaud. C'est dans le bain que la malade voit son ventre se distendre brusquement, avec une sensation de plénitude, comme si elle était enceinte, dit la malade. La douleur reste vive dans la fosse iliaque droite et dans la région lombaire.

Vendredi 21. — La malade prend à midi un petit repas léger, sans aucun accident. La journée fut relativement bonne.

Samedi 22. — La douleur est extrêmement violente toute la journée. Le lavement ne donne rien. Le soir le Dr de Martel voit la malade qui présentait une voussure abdominale sus-ombilicale avec la douleur surtout localisée dans la fosse iliaque droite. Pouls à 90. Pas de fièvre. Ni gaz, ni matières. Il pense à une occlusion intestinale par les boules de bismuth et conseille l'absorption d'huile de vaseline à haute dose afin de faciliter le glissement du bismuth. Mais cette absorption ne donna rien.

Dimanche 23. — L'état de la malade devient grave. Facies grippé. Pouls fréquent et petit. La douleur peu intense arrêt complet des gaz et des matières, mais pas de vomissement. La malade n'a d'ailleurs eu qu'un petit vomissement liquide au début provoqué par l'absorption de la potion calmante. Les repas au contraire n'ont pas été suivis des vomissements. On décide l'intervention. Le Dr Th. de Martel assisté de M. R. Delitch pratiqua l'opération à 5 heures du soir.

Opération. — Laparotomie médiane sus et sous ombilicale. Au premier abord il est à peu près impossible de se reconnaître au

milieu des anses intestinales distendues. Du côté de la fosse iliaque gauche nous croyons voir l'S iliaque, mais Dr de Martel examinant de près nous fit reconnaître l'estomac ; il était tellement bas situé et tordu sur lui-même qu'il était facile de le prendre pour l'S iliaque (comme dans le cas de Haymann). Au-dessus de l'estomac on voit une masse arrondie, très tendue et dans laquelle il est impossible de reconnaître quoi que ce soit. Cette masse ressemble à première vue à un kyste, dont la paroi serait légèrement lobulée. Elle était en réalité formée par des anses intestinales distendues et aperçues à travers le petit épiploon.

Pendant que le Dr de Martel cherchait méthodiquement l'obstacle, nous examinions l'ensemble du contenu abdominal et la position des différents organes : estomac très abaissé vers la fosse iliaque gauche, une énorme masse faisant saillie au-dessus de sa petite courbure et du côté de l'épiploon gastro-splénique. Des anses intestinales très distendues du côté du flanc et de l'hypocondre droit. Notre impression fut très nette que nous nous trouvions en présence d'une hernie à travers l'hiatus de Winslow. Nous fîmes part de notre impression que Dr de Martel confirma peu après. En relevant fortement le foie en haut et en suivant une anse flasque on arriva, non sans difficulté, à reconnaître le pédicule hépatique et à sentir les battements de l'artère du même nom. L'anse flasque se perdait dans un orifice, placé immédiatement derrière le pédicule repéré. A son côté et sortant du même orifice on voyait une anse grêle très dilatée.

On essaie de réduire la hernie en tirant sur l'anse afférente, puis sur l'anse afféreute, mais sans aucun résultat. Sous l'effort de la traction la tunique séreuse de l'intestin commence à se déchirer et l'on est obligé de la coudre. Il est absolument impossible de faire passer l'intestin dilaté à travers l'orifice qui l'étrange. On décide alors de pratiquer plusieures incisions de décharge sur

les anses intestinales distendues. Après avoir relevé l'estomac et le côlon en haut et à droite et en passant à travers le méso-côlon transverse on fait ces incisions avec le plus grand soin, mais on a beaucoup de difficulté à le faire sans souiller le péritoine. A chaque incision une très grande quantité de liquide fécaloïde s'échappe en jet. Après chaque incision on referme l'intestin par une suture à la Lembert. On recommence alors la traction sur l'intestin, d'abord sans résultat, mais à un moment donné l'intestin grêle cède et se laisse attirer un peu. A ce moment on aperçoit immédiatement en arrière du pédicule hépatique l'appendice. Une nouvelle traction amène la réduction totale.

Une grande portion du côlon transverse, tout le côlon ascendant, cæcum et appendice et une petite portion de l'iléon étaient incarcérés dans l'arrière cavité des épiploons. Le côlon ascendant n'existe pas à proprement parler et il n'y a, en réalité, qu'un très long côlon transverse qui prend naissance au niveau du cæcum. Le côlon transverse avec son méso très long, flottant librement décrit une courbe à convexité inférieure, dont le point le plus bas atteint la symphyse pubienne. Le cæcum également est très mobile et le grand épiploon presque inexistant.

L'intestin était violacé et congestionné, mais malgré son mauvais état apparent on ne fait pas de résection. On ferme la paroi très vite, en un seul plan avec des fils de bronze.

A la fin de l'opération la malade est extrêmement choquée. Son pouls est filiforme et incomptable. La pression artérielle très basse. On fait une injection de l'adrénaline, une autre le lendemain. On injecte également du rétropituine qui, comme l'adrénaline, donne de très bons résultats dans le cas d'hypotension artérielle qui succède aux longues opérations.

Durant les deux jours suivants l'état de la malade resta précaire. La température monta jusqu'à 39° avec un pouls rapide et filiforme. Le 4e jour la malade rendit spontanément quelques

gaz et à partir du 8e jour la température et le pouls étant redevenus normaux, l'opérée put être considérée comme sauvée. A ce moment une très vaste eschare de la région sacrée se forma et elle mit ensuite plusieurs mois à se combler. Nous avons eu l'occasion depuis de revoir l'opérée tout à fait rétablie et guérie.

ANALYSE DES OBSERVATIONS

Différentes dispositions anatomiques rencontrése au cours des interventions et pouvant favoriser la production des hernies à travers l'hiatus de Winslow.

A *Grand épiploon.* — Dans le cas de Square cet épiploon était englobé dans l'intestin grêle à gauche de la ligne médiane. Dans celui des Trèves il était enroulé sur lui-même tout le long de la grande courbure de l'estomac. Le grand épiploon n'existait pas dans le cas de Rehn. Il était adhérent au bord inférieur de l'hiatus de Winslow et formait une bride qui étranglait le côlon transverse. (Stecchi) Treitz trouve un épiploon réduit en un lambeau de la largeur d'une main, dans l'hypocondre gauche. Dans le cas de Stecchi une partie de cet épiploon passait à travers l'hiatus de Winslow.

L'absence, le faible développement ou le déplacement du grand épiploon, laisse l'intestin grêle à découvert en totalité ou partiellement. Dans ces cas l'intestin peut se déplacer librement et atteindre l'hiatus de Winslow.

B) Présence d'un méso-côlon ascendant. — Ceci résulte de l'absence de fusion secondaire du côlon ascendant avec la paroi postérieure de l'abdomen. Dans ce cas le cæcum et le

côlon ascendant sont très mobiles, ce qui leur permet d'atteindre l'hiatus de Winslow et de passer dans l'arrière cavité des épiploons (Mori, Trèves, Delkeskamp, de Martelet Delitch).

C) Mésentère commun pour tout l'intestin. — Cette anomalie a été rencontrée par Trèves, Treitz et Delkeskamp.

D) Longueur anormale du méso-côlon transverse. — Cette disposition donne une grande mobilité au colon transverse et la possibilité de passer à travers l'hiatus de Winslow dans l'arrière cavité (Majoli, Neve, de Martel et Delitch).

E) Longueur anormale du mésentère. — L'intestin dans ce cas est très mobile, il pourra atteindre l'hiatus de Winslow et l'arrière cavité (Treit, Morton).

F) Dimension anormale de l'hiatus de Winslow. — Cette anomalie résulte d'un arrêt de développement du méso-duodénum, l'hiatus reste plus large qu'à l'état normal et permet beaucoup plus facilement le passage de l'intestin dans l'arrière cavité (Stecchi).

Mécanisme de la production des hernies à travers l'hiatus de Winslow.

En dehors des dispositions anatomiques signalées plus haut la production de ces hernies peut être favorisée par les différents efforts : la pression sur l'abdomen surtout fréquente dans certaines professions ; effort de la défécation chez les constipés, efforts faits au cours de l'accouchement, la toux. La contraction de la musculature abdominale et toutes les causes produisant l'augmentation de la pression abdominale peuvent favoriser la production de ces hernies. Les purgatifs augmentant le péristaltisme intestinale, les

mouvements vermiculaires de l'intestin, peuvent également provoquer le passage de l'intestin à travers l'hiatus de Winslow dans l'arrière cavité des épiploons.

Une occlusion préexissante peut appeler une autre occlusion, comme celle qui nous intéresse. L'intestin luttant contre l'obstacle et cherchant à évacuer son contenu, se déplace dans tous les sens. Au cours de ce déplacement il peut arriver au niveau de l'hiatus de Winslow ou au delà, dans l'arrière cavité. C'est probablement ça la cause dans le cas de Picado où l'on trouva à l'autopsie une invagination du côlon ascendant dans le côlon transverse en plus de l'étranglement de l'iléon à travers l'hiatus de Winslow.

Dans notre cas également il est probable que la coprostase, l'occlusion par boules de bismuth a été le fait primitif qui a favorisé le passage de l'intestin à travers l'hiatus de Winslow dans l'arrière cavité. Ces hernies auront encore plus de chance de se produire si on donne à un malade portant déjà une occlusion, un purgatif qui augmente les ondes péristaltiques de l'intestin. Ces ondes, au cours de la lutte contre l'obstacle préexistant, peuvent amener l'intestin au niveau de l'hiatus de Winslow ou plus loin dans l'arrière cavité.

Telles sont donc les conditions anatomopathologique et mécanique de la production de ces hernies.

Causes de la rareté de ces hernies

D'après Jonnesco les hernies à travers l'hiatus de Winslow sont rares parce que l'hiatus est placé trop haut dans la cavité abdominale. La barrière colique sépare l'intestin grêle de cet orifice et l'empêche d'y pénétrer. En plus l'in-

testin grêle est recouvert et maintenu, à l'état normal, par le tablier épiploïque.

Cette affection s'observe à tout âge et chez les deux sexes. Un peu plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, les hommes étant plus souvent exposés aux efforts.

Sac herniaire, contenu et rapports des organes herniés dans l'arrière cavité des épiploons.

Le sac herniaire. — Il n'y a pas de formation progressive du sac herniaire, résultant de la progression des organes herniés, mais ce sac existe préparé d'avance, où les organes herniés viennent se loger anormalement, ce sac est l'arrière cavité des épiploons. La pénétration d'une partie du contenu abdominal dans un diverticule péritonéal, comme l'arrière cavité, qui, à l'état normal, n'est pas habité par ce contenu, doit porter, à notre avis, le nom d'une *hernie*, le diverticule préexistant remplissant le rôle du sac herniaire ; c'est pourquoi nous ne voyons pas de raison pour laquelle Jeanbreau et Riche lui refusent ce nom, en le remplaçant par celui de l'occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow. Il est entendu que ces hernies se manifestent par des phénomènes d'occlusion, mais la hernie et le fait primitif et l'occlusion vient ensuite comme conséquence de l'étranglement herniaire au niveau de l'hiatus de Winslow. C'est la raison pourquoi nous pensons que le nom de hernie étranglée à travers l'hiatus de Winslow, peut être employé sans aucun préjudice.

Le contenu. — C'est l'intestin grêle qui vient se loger les plus fréquemment dans l'arrière cavité, le gros intestin

vient ensuite par ordre de fréquence et en dernier lieu le grand épiploon (Majoli, Stecchi).

Rapport du contenu. — Les organes herniés pénétrant dans l'arrière cavité à travers l'hiatus de Winslow peuvent se mettre en rapport avec les divers organes méso et ligaments limitant cette cavité. La paroi de l'arrière cavité peut être plus ou moins distendue ou même déchirée en certains points suivant la poussée plus ou moins forte qu'exercent sur cette paroi les organes herniés. Par suite de cette distension les organes limitants peuvent subir un déplacement plus ou moins grand : le foie surtout son lobe gauche est soulevé, l'estomac soulevé et repoussé en avant, à gauche ou droite, ou en bas jusqu'à atteindre la fosse iliaque gauche et l'S iliaque comme dans le cas de Haymann et dans le nôtre.

Le contenu peut faire saillie : au niveau du petit épiploon, surtout au niveau de la pars flaccida de Toldt; qui peut même se déchirer sous l'influence de la poussée du contenu (Trèves). Au niveau du méso-côlon transverse ou l'on a également trouvé de la perforation (Blandin). Le contenu peut encore se mettre en rapport avec la rate et le ligament gastro-splénique comme dans notre cas. Delkeskamp a trouvé le contenu très bas entre les deux feuillets non fusionnés du grand épiploon.

Comme dans les autres hernies étranglées on peut trouver ici des sphacèles, des gangrènes ou de perforation de l'intestin étranglé.

Agents de l'étranglement

L'étranglement est produit par les bords de l'hiatus de Winslow, souvent épaissis et congestionnés. Gangolphe a

remarqué au niveau de la paroi supérieure de l'hiatus de Winslow une crête sur laquelle l'intestin est venu se sectionner. Il est possible qu'il s'agissait du ligament sous-spigelien, quoique ce dernier soit placé plus à gauche au niveau de la paroi supérieure du vestibule. Jeanbreau et Riche ont insisté sur une crête péritonéale au niveau du bord inférieur de l'hiatus de Winslow en lui attribuant un rôle trop important dans l'étranglement. A notre avis cette crête présente peu d'importance; l'agent principal de l'étranglement en bas c'est le faux de l'artère hépatique, malgré qu'il n'entre pas à proprement parler dans la constitution du bord inférieur de l'hiatus de Winslow, étant placé dans le vestibule. Nous avons remarqué, en examinant quelques cadavres, qu'on arrive assez facilement à dilater l'hiatus en bas, mais le faux de l'artère hépatique se trouvant un peu plus loin au seuil du vestibule rend notre dilatation peu utile. Au contraire, l'utilité de cette dilatation ressort très nettement en sectionnant le faux de l'artère hépatique. Malheureusement ce genre d'expérience est possible seulement sur les cadavres. Ce que l'on peut faire sur le vivant nous le verrons à propos du traitement. Stecchi a rencontré une bride formée par le grand épiploon adhérent au bord inférieur de l'hiatus, qui étranglait le côlon transverse au niveau de l'angle colique gauche.

A côté de l'étranglement au niveau de l'hiatus de Winslow Blandin a signalé un cas où l'intestin grêle était ressorti de l'arrière cavité des épiploons par une ouverture étroite anormale du méso-côlon transverse dont la construction en avait déterminé la sphacèle.

SYMPTOMATOLOGIE

Il n'y a pas des signes patognomoniques propres à ce genre d'étranglements. Ces hernies se manifestent par des signes communs à toute occlusion : La douleur, l'arrêt de gaz et des matières et les vomissements. Ce n'est que le siège de la douleur et une tuméfaction correspondant le plus souvent à l'endroit douloureux, que présente un intérêt particulier.

Siège de la douleur. — Dans la plupart des observations où ce siège est noté, on le trouve presque toujours à l'épigastre dans l'hypocondre droit ou au niveau de la région périombilicale ; par conséquent non loin du point cutané répondant à l'hiatus de Winslow, nous avons vu que ce point correspond à peu près à l'endroit d'entrecroisement d'une ligne horizontale réunissant le point déclive des 7es cartilages costaux et d'une verticale passant à un travers de doigt en dehors du bord droit du sternum. Dans notre cas pourtant la douleur était surtout localisée au niveau de la fosse iliaque droite, au point de Mac-Burney, ce qui a pu faire penser au début au médecin traitant à une crise d'appendicite aiguë. Nous avons signalé dans notre observation que le cæcum et l'appendice étaient engagés dans l'hiatus de Winslow. Leur compression nous

explique la localisation anormale de la douleur dans notre cas ; puisque nous savons depuis Meisel que la douleur appendiculaire ne correspond pas à l'endroit du siège de l'appendice, mais au district cutané correspondant au segment médulaire auquel se rendent les nerfs sensitifs du segment iléo-cæcal. Le point de Mac-Burney se trouve au niveau de ce district.

La douleur peut être plus ou moins vive, depuis le cas le plus léger ou la douleur ne se manifeste que par la pression profonde, jusqu'aux spasmes et crampes terribles, où le malade très agité cherche vainement une position qui lui procurerait un peu de soulagement.

La position assise soulageait un peu la douleur dans le cas de Thomas Sinclair, dans le nôtre, au contraire, elle l'exagerait.

Le malade de Nève au moment de la crise douloureuse poussait soudain un cri en se jetant à terre comme dans une attaque. L'observation manque de précision au sujet de cette attaque, qui serait intéressant d'être rapprochée du cas récemment signalé par le Pr Kirmisson (*Journ. des Prat.*, n° 17, 26 avril 1919) où il est question d'une jeune fille de 14 ans morte à la suite d'une occlusion intestinale par torsion de l'intestin et qui en plus des signes habituels de l'occlusion présentait des attaques épileptiformes.

L'atténuation de la douleur correspond souvent à l'aggravation de l'état général, à la parésie et la distension intestinale avec le bâillonnement croissant du ventre.

Arrêt des matières et des gaz. — Signe capital de l'occlusion intestinale, se rencontre dans toutes nos observations avec plus ou moins d'acuité. Dans quelques cas cet

arrêt a été incomplet et les malades ont pu rendre au début quelques matières grâce aux lavements, c'était surtout en cas de la hernie du gros intestin. Mais dans la plupart des cas cet arrêt était complet.

Vomissement. — Le vomissement peut être liquide, porracé, alimentaire ou fécaloïde. On le rencontre presque dans tous les cas, comme dans toutes les occlusions précoces ou tardives suivant la portion de l'intestin incarcérée. Dans notre cas il n'y a presque pas eu de vomissement bien que la malade ait pris quelques légers repas. Il n'y a eu qu'un seul petit vomissement liquide provoqué par l'absorption d'eau chloroformée, le quatrième jour après le début de l'accident. Le septième jour la malade a pris un petit repas et elle n'a pas vomi. Il s'agissait d'une incarcération d'une grande portion du côlon transverse, de tout le côlon ascendant, du cæcum avec l'appendice et d'une petite portion de l'iléon.

Siège de la tuméfaction abdominale. — Ce siège comme celui de la douleur présente une importance particulière. La tuméfaction est surtout perceptible au début, chez les sujets maigres plus que chez les gras. Elle se trouve le plus souvent au niveau de la région épigastrique, quelquefois au voisinage de l'ombilic ou dans l'hypocondre droit. Plus tard cette tuméfaction est masquée par le ballonnement généralisé de l'abdomen.

Les autres signes et l'évolution ne présentent rien de particulier dans ce genre des hernies. Ils sont communs à toutes les occlusions.

DIAGNOSTIC

La lecture des observations nous montre que le diagnostic habituellement posé était celui de l'occlusion intestinale. Peut-être au début si l'on se trouve en présence d'un malade présentant des signes d'une occlusion intestinale avec une tuméfaction épigastrique ou périombilicale accompagnée de la douleur à ce niveau, alors serait-il possible de soupçonner l'agent de l'étranglement. Mais ça ne pourrait être qu'un soupçon et jamais l'affirmation.

Même à l'intervention il a souvent été difficile d'affirmer ce diagnostic. On ne l'a fait quelquefois que par l'exclusion (Trèves, Mori) ou par simple supposition (Jeanbreau).

Quant au diagnostic différenciel avec les hernies rétropéritonéales (duodénales, rétrocæcales, intersigmoïdes) il n'est possible qu'à l'ouverture du ventre. L'observation de Schwalbe d'une hernie transméso-colique est intéressante à rapprocher des hernies à travers l'hiatus de Winslow. Dans les deux cas c'est l'arrière cavité qui reçoit les organes herniés, seulement dans un cas ces organes entrent par l'hiatus de Winslow. Dans l'autre à travers le mésocôlon transverse. On se rend compte facilement quelle difficulté présente le diagnostic dans ce cas.

TRAITEMENT

Une fois le diagnostic d'occlusion posé, peu importe la variété, il faut agir sans perdre du temps.

On peut essayer d'abord l'entéroclyse et le lavement électrique et si l'on échoue, on opère en faisant soit une laparotomie et la levée de l'obstacle soit un anus contre nature. Le choix de l'intervention dépend de l'état du malade et du milieu dans lequel on se trouve.

Les indications et les contre-indications opératoires n'ont rien de particulier dans le genre d'étranglement qui nous occupe.

Il ne faut surtout pas perdre de temps et surtout jamais des purgatifs. On l'a dit souvent et il n'est pas inutile de le répéter encore ici. Le Professeur Lejars rapportant l'observation d'un jeune homme de 20 ans mort à la suite d'une occlusion intestinale, par volvulus de l'S iliaque, après l'administration d'un purgatif, dit : « Je ne parle pas du purgatif, ce beau garçon de 20 ans en est mort ; combien d'autres ont reçu, le coup de grâce, si je puis dire de cette médication ignorante, à laquelle s'appliquerait mieux un autre nom ». De son côté le Pr Kirmisson dit : « Alimenter et purger les malades atteints d'occlusion intestinale, c'est augmenter la distension de l'abdomen et la

gêne de la circulation des matières. C'est la plus grosse erreur possible en matières d'occlusion intestinale. Non seulement il faut leur supprimer toute espèce d'aliments et des purgatifs, mais encore on doit leur administrer de l'opium pour calmer l'antiperistaltisme de l'intestin, qui aggrave leur état ».

La lecture de nos observations nous montre que l'on n'a presque jamais raté l'occasion de donner « le coup de grâce » dont parle notre maître le Pr Lejars.

On a donné à côté des lavements, souvent nombreux, des purgatifs huileux, des drastiques. « A l'hôpital on prescrivit des purgatifs huileux, des drastiques, qui n'eurent pas plus d'effet que ceux administrés déjà, et qui au contraire empirèrent la situation du malade (Majoli) ». En plus Majoli a donné à son malade 300 grammes de mercure avec l'espoir que le mercure par son poids arrivera à déboucher l'intestin. Le malade est mort tout doucement 45 jours après le début de la maladie, après avoir reçu de nombreux lavements et purgatifs divers.

Il est très probable que les purgatifs, dont on a, comme nous le voyons de nos observations, usé à profusion, ont largement contribué à augmenter la mortalité, déjà très élevée, des malades atteintes des hernies à travers l'hiatus de Winslow.

Pouvons-nous dégager de nos observations un traitement chirurgical, qui serait le traitement de choix ? C'est difficile, les données étant trop peu précisées. On y voit plutôt un embarras. La hernie à travers l'hiatus de Winslow est une rareté et à cause de cela une surprise pour les chirurgiens, qui ne s'y attendant pas, sont souvent très

embarrassés en se trouvant tout d'un coup au cours d'une intervention en présence d'un cas pareil.

Trèves n'arrive pas à obtenir la réduction complète et il n'essaie pas d'agrandir l'orifice à travers lequel passait l'intestin, parce que dit-il : « La chirurgie abdominale, même moderne n'a pas encore démontré qu'on pouvait impunément couper simultanément, l'artère hépatique, la veine porte et le conduit biliaire ». Il abandonne toute tentative, referme l'abdomen et le malade meurt six heures après.

L'observation de gangolphe est également intéressante à ce point de vue, surtout avec la sincère réflexion de la fin. A l'opération cet auteur réussit à retirer une anse de l'intestin grêle de l'arrière cavité des épiploons et referma le ventre convaincu d'avoir retiré tout et d'avoir sauvé le malade, mais celui-ci mourut deux jours après et à l'autopsie on trouva encore 1 m. 50 de l'intestin grêle perforé dans l'arrière cavité. Gangolphe ajoute. « Nous avions été assez heureux pendant l'opération pour dégager en le tirant le bout supérieur, mais il aurait fallu pour guérir le malade continuer à tirer jusqu'à ce que la totalité de l'intestin étranglé fut amené au dehors. Si nous n'avions pas tenté cette manœuvre, c'est que nous n'avions, pas fait le diagnostic (comme cela est arrivé à d'autres chirurgiens) ».

Jeanbreau ose à peine penser au cours de l'opération à la possibilité d'une hernie à travers l'hiatus de Winslow, pensée qu'il rejeta d'ailleurs « mentalement, dit-il, à cause de l'extrême rareté du cas ». Il referma le ventre sans trouver, sans lever l'obstacle. Le malade meurt trois jours après.

D'autres auteurs parlent de la réduction par simple traction, faite avec plus ou moins d'énergie et de vigueur de gauche à droite ou vers le bas, mais il ne nous indiquent pas très nettement comment il faut tirer pour obtenir la réduction. Dans notre cas également nous nous sommes mis d'abord à tirer énergiquement et ce n'est que quand la tunique séreuse de l'intestin commença à se déchirer sous l'effort de la traction que nous avons fait plusieurs incisions de décharge qui ont permis la réduction.

La proposition du professeur Novaro à propos de cas de Stecchi est intéressante à retenir : « Dans le cas où l'on ne peut tirer hors de l'hiatus de Winslow les anses intestinales, soit parce qu'elles sont trop serrées, soit parce qu'elles sont adhérentes à certaines de ses parois, on peut dans le premier cas, essayer d'ouvrir la cavité retrostomacale, en renversant en haut l'épiploon et le côlon transverse et en passant à travers le méso-côlon coupé parallèlement aux vaisseaux. A travers cette ouverture on peut, s'il le faut, vider l'intestin par une petite incision, on diminue ainsi son volume. Après cela l'intestin suturé, on peut à travers la même ouverture le repousser contre l'hiatus de Winslow, pendant qu'avec l'autre main on tirera sur les anses externes. Quand il y a des adhérences, le Professeur Novaro croit qu'on peut également suivre la même voie pour réduire le volume de l'intestin hernié et qu'au moyen du doigt introduit à travers l'ouverture faite dans le mésocôlon transverse, il sera possible ou du moins on tentera de détruire les adhérences ».

Nous avons suivi la même voie que conseille Novaro,

pour faire les incisions de décharge sur les anses herniées et distendues.

Groves et Marten font une entérotomie de décharge sur l'intestin grêle et une cæcostomie avec drainage. Une fistule stercorale persista pendant quelque temps, puis se referma et le malade guérit.

Charles Morton arrive à réduire l'anse herniée assez facilement, mais il n'arrive pas à rétablir la circulation dans les anses de l'intestin grêle très distendues. Il ouvrit l'intestin en y fixant un tube de Paul à travers lequel il put vider le contenu. Fixant ensuite l'anse qui portait le tube de Paul au péritoine pariétal, il ferma l'abdomen. Le contenu abdominal se vidait à travers le tube de Paul et un drain, dans un récipient. Malheureusement les adhérences de l'anse intestinale au péritoine pariétale au niveau du tube de Paul s'étaient mal faites et une partie du contenu put passer dans la cavité péritonéale provoquant une péritonite pelvienne et la mort.

Delkeskamp trouve le gros intestin distendu dans l'arrière cavité, faisant saillie à travers le feuillet antérieur du grand épiploon. En déchirant ce feuillet il arrive à faire passer le contenu de l'anse distendue dans l'anse efférente flasque, ce qui lui permit de retirer de l'arrière cavité l'anse herniée.

Carwardine n'arrive à faire qu'une réduction partielle. Son malade meurt trois heures après l'intervention.

Thomas Sinclair fait avec la phalange du petit doigt une prudente dilatation de l'hiatus de Winslow, qui lui permit de faire la réduction. L'intestin au niveau de l'étranglement était presque gangrené ; l'auteur n'excise pas cette portion,

mais l'entoure par le bord libre du grand épiploon et la fixe au péritoine pariétal. En cas de perforation, le contenu aurait été ainsi retenu dans un petit compartiment épiploïque au niveau de l'incision pariétale. Le malade guérit sans complications.

Nous voyons donc que la manœuvre employée par tous les chirurgiens pour réduire l'anse herniée *est la traction*, mais il ne nous a pas été bien appris comment il faut faire cette traction à part Delkeskamp, qui nous donne une petite indication, disant qu'il faut d'abord faire passer le contenu de l'anse herniée distendue dans l'anse efférente et ensuite tirer.

La traction a été précédée dans quelques cas et avec succès par une *entérotomie de décharge*. On n'a jamais fait de débridement de l'hiatus de Winslow. La dilatation douce de l'hiatus avec la phalange du petit doigt à la façon de Thomas Sinclair est à retenir.

Quant au débridement de l'hiatus de Winslow en passant par l'espace interporto-cholédocien proposé par Jeanbreau et Riche, nous en parlerons tout à l'heure.

Après avoir bien lu nos observations et consulté certains ouvrages que nous avons pu nous procurer (malheureusement pas tous), nous avons examiné à ce sujet 15 cadavres. Nous allons tâcher, nous basant sur notre lecture et nos expériences cadavériques, d'exposer ce que nous ferions si nous nous trouvions au cours d'une intervention en présence d'une hernie à travers l'hiatus de Winslow. Nous disons, ce que nous ferions, parce que d'accord avec Jonnesco, il nous semble un peu téméraire de poser des règles à ce sujet. C'est au chirurgien à régler

sa conduite, d'après les renseignements que lui a fournis l'examen méthodique et complet de l'orifice herniaire et des parties herniées.

Nous laisserons de côté la question de traitement des anses altérées (sphacèles, gangrènes perforations qui est la même que dans les autres hernies étranglées ; la même chose en ce qui concerne la discussion à propos de l'entérotomie de décharge qui n'est pas exclusive à notre cas.

Nous nous bornerons uniquement à la question de réduction de la hernie et des manœuvres nécessaires pour cela.

OPÉRATION

Position de l'opéré. — Il est indispensable que le sujet soit en position de lordose dorso-lombaire. Da Silva Rio Branco, dans son article sur l'espace porto-cholédocien, a insisté, avec raison, sur la nécessité de cette position. Le Pr Hartmann compare les avantages que donne cette position dans les interventions sur les voies biliaires et sur le pancréas à ce que donne la position de Trendelenburg dans les interventions sur le petit bassin. Il est facile à comprendre que dans notre cas la position doit être la même que celle des interventions sur les voies biliaires qui entrent dans la constitution de l'hiatus de Winslow.

Cette position a de nombreux avantages : Le premier c'est d'exposer bien et rendre accessible la région de l'hiatus qui est trop profondément située au fond d'un véritable puits si le sujet se trouve en simple décubitus dorsal. Il serait d'autant plus difficile de travailler au fond de ce puit, que son accès dans notre cas est encore gêné, par les anses intestinales distendues et fixées sous le foie du fait de l'étranglement au niveau de l'hiatus. Cette distension est une difficulté de plus, mais bien moins gênante si le sujet se trouve en position de lordose dorso-bombaire, qui a pour

but de rapprocher la paroi postérieure de l'abdomen de la paroi antérieure, diminuant ainsi la profondeur du puit dont nous parlions tout à l'heure.

Cette position nous permettra encore d'attirer plus facilement une des anses intestinales distendues si l'on est obligé de pratiquer l'entérotomie de décharge, sans souiller le péritoine. Jeanbreau renonça de faire cette entérotomie, parce qu'il lui était impossible d'attirer hors du ventre une anse intestinale distendue. Il ne nous dit rien de la position de son opéré. Il est très probable qu'il était en simple décubitus dorsal, autrement la position de lordose dorso-bombaire diminuant la distance qui sépare le paroi antérieure de l'abdomen de la paroi postérieure, lui aurait permis de ramener hors du ventre l'anse distendue sur laquelle il se propose de pratiquer l'entérotomie de décharge ; surtout s'il s'agissait de l'anse afférente. Nous laissons de côté l'"anse herniée qui pourrait être très courte et ne pas se laisser attirer hors du ventre, malgré la position de lordose dorso-bombaire.

Le diagnostic de la variété d'étranglement à l'intervention est facilité par cette positioin. La région étant mieux exposée on s'y reconnait beaucoup plus facilement que quand on est obligé de travailler au fond d'un puit et de fouiller parmi les anses intestinales distendues où l'on perd toute la notion d'anatomie ; d'où le diagnostic par exclusion un par simple supposition.

« Par exclusion plutôt que par constatation directe, dit Trèvews, il devenait évident que l'anneau constricteur était l'hiatus de Winslow ; mais la présence d'anses intestinales

dans le voisinage de l'orifice rendait extrêmement difficile la démonstration des rapports. »

Janbreau suppose seulement qu'il s'agissait d'une hernie à travers l'hiatus de Winslow : « Dans notre cas dit-il, nous n'avons pu constater qu'une chose : une agglomération d'anses grêles, fixées à la paroi postérieure de l'abdomen au-dessous du foie. L'énorme distension de l'intestin afférent et efférent nous empêche de reconnaître avec le doigt si le pédicule qui maintenait fixée cette agglomération d'anses pénétrait dans l'hiatus ».

Dans nos observations la position du malade n'est pas indiquée, mais nous sommes convaincu, qu'un chirurgien bien aidé, son opéré étant bien placé arrivera toujours à reconnaître la région et à faire le diagnostic avec certitude et non pas par exclusion ou par simple supposition. Nous ne parlons pas, bien entendu de ce cas, où la réduction se fait pour ainsi dire toute seule au moment où le chirurgien plonge la main dans le ventre, sans qu'il ait eu le temps de voir quoi que ce soit.

La position de lordose dorso-bombaire présente encore un autre avantage. A l'état normal le sujet étant en décubitus dorsal, la première portion du duodénum est en contact avec la face intérieure du foie sur laquelle elle marque une impression. Le contact existe également entre l'extrémité inférieure du lobe de Spiegel et la concavité de l'artère hépatique qui embrasse la convexité du lobe de Spiegel en y déterminant un sillon. Ce contact bien entendu se trouve supprimé par les anses intestinales herniées et distendues ; il le sera d'autant plus si le sujet est en position de lordose dorso-bombaire le foie étant bien relevé. Le renversement

du foie en haut est également facilité par cette position ainsi que toutes les manœuvres nécessaires pour la réduction.

Manière d'obtenir cette position. — Si on n'a pas une table spéciale, comme celle de Quenu-Cunéo, qui permet la réalisation facile de cette position, ou des coussins spéciaux comme ceux de Mayo-Robson, on arrivera à obtenir cette position en glissant une simple bouteille entourée d'une alèze ou une alèze roulée seule ou un coussin de sable, sous la base du thorax, immédiatement au-dessous de la pointe des omoplates.

Position du chirurgien et de son aide. — Au début de l'opération le chirurgien à gauche, son aide à droite. Se trouvant à gauche le chirurgien verra beaucoup mieux ce qui se passe sous la lèvre droite de l'incision qui lui cacherait la région de l'hiatus de Winslow s'il était à droite. Quand nous parlons de l'incision, nous avons en vue l'incision médiane sus et sous ombilicale qu'on est obligé de faire à cause de l'incertitude de diagnostic. Au cours de l'opération une fois la région bien repérée et la variété d'étranglement reconnue le chirurgien pourra se mettre du côté qui lui paraîtra le plus commode pour les manœuvres de la réduction.

Incision. — Médiane sus et sous ombilicale plus ou moins longue suivant la nécessité, est la plus commode, étant donné qu'on n'est pas sûr d'avance de ce qu'on trouvera et étant souvent obligé d'explorer toute la cavité abdominale pour trouver l'obstacle. Si on était d'avance sûr de la variété d'occlusion on pourrait faire l'incision en baïonnette de Kehr, qui donne beaucoup de jour, en découvrant la région de l'hiatus de Winslow. Mais pour les manœuvres

ultérieures de la réduction surtout dans le cas où les anses herniées se sont portées à gauche du côté de la rate, ou à gauche et en bas, sortant quelquefois de l'arrière cavité à travers une ouverture anormale du méso-côlon, l'incision de Kehr serait beaucoup moins commode que l'incision médiane.

Recherche de l'obstacle. — Se fait comme dans toutes les occlusions intestinales en prenant un point de repère, le caecum par exemple, ou si on ne trouve pas ce dernier, puisque quelquefois lui-même est hernié, on partira de la dernière portion du gros intestin et on remontera jusqu'à l'obstacle, qui dans notre cas n'est autre que l'hiatus de Winslow qu'on reconnaîtra en repérant bien le pélicude-hépatique et en sentant les battements de l'artère du même nom. Une fois cette reconnaissance faite et avant d'aller plus loin, examiner d'un coup d'œil rapide la situation des différents organes et leurs rapports réciproques, surtout les rapports de l'estomac et de la tumeur herniaire et bien voir de quel côté cette dernière fait saillie. Est-ce au-dessus de la petite courbure, est-ce au-dessous de la grande courbure, est-ce au côté de la rate. Cet examen d'ensemble nous sera très utile pour le cas où nous serions obligés d'ouvrir l'arrière cavité, pour examiner l'état de l'anse herniée, pour faire le taxis, pour rompre des adhérences, pour supprimer une torsion ou pour faire une entérotomie de décharge sur l'anse herniée.

Entérotomie de décharge. — Nous n'entrerons pas ici dans la discussion à laquelle cette question a donné lieu. Nous dirons seulement que nous n'hésiterons pas à faire cette entéromotie, soit sur la portion afférente de l'in-

testin distendu pour faciliter la recherche de l'obstacle, soit sur l'anse herniée pour faciliter la réduction. Nous ne la ferions bien entendu que si la recherche de l'obstacle ou la réduction la rendrait indispensable. Dans notre cas nous l'avons fait avec succès.

Il faut naturellement la faire avec toutes les précautions pour ne pas souiller le péritoine par le contenu intestinal : Attirer une anse intestinale hors du ventre en l'isolant bien de la plaie et des autres anses par des compresses et des champs. Si on ne peut pas attirer hors du ventre l'anse sur laquelle on se propose de faire l'entérotomie de décharge, ce qui pourrait arriver, comme nous l'avons déjà dit, quand il s'agit de l'anse herniée, on pourrait employer le trocart de Potin, comme le propose Jeanbreau et Riche ou un trocart à l'hydrocèle coiffé d'un tube de caoutchouc ou une longue sonde, ou un tube de Paul à la façon de Charles Morton ; de cette manière on pourrait arriver à évacuer le contenu intestinal en courant le minimum de risque pour souiller le péritoine.

Réduction de la hernie. — Le sujet étant en bonne position, le foie bien relevé, la première manœuvre à employer par le chirurgien pour sortir de l'arrière-cavité l'anse incarcérée, *c'est la traction*. Cette manœuvre est plus ou moins facile suivant le degré de striction au niveau de l'hiatus de Winslow et suivant l'état de l'intestin hernié.

A) *Cas faciles. — Réduction par simple traction.* — Il y a des cas où la réduction se fait pour ainsi dire toute seule au moment où le chirurgien plonge la main dans le ventre. Prenons d'autres cas également faciles mais où la réduction

nécessite l'intervention du chirurgien. Celui-ci commence par tirer très légèrement : à droite directement ou légèrement en haut ou en bas, dans la direction de moindre résistance. On tire sur l'anse afférente ou efférente selon la résistance qu'on éprouve. Cette résistance est plus petite, nous l'avons constaté sur les cadavres, si l'on tire sur l'anse postérieure correspondant à la veine cave que si l'on tire sur l'anse antérieure correspondant au pédicule hépatique ; et ceci parce que l'anse postérieure n'étant pas bridée, glisse assez facilement au-devant de la veine cave inférieure ; au contraire, l'anse antérieure est étranglée et bridée par le pédicule hépatique qui détermine la présence d'un sillon plus ou moins profond sur la paroi de l'anse correspondante. Cette résistance est également plus petite si l'on tire sur l'anse supérieure en correspondance avec la face inférieure du foie que si l'on tire sur l'anse inférieure en correspondance avec le bord inférieur de l'hiatus de Winslow et avec le faux de l'artère hépatique qui imprime aussi un sillon sur l'anse correspondante l'empêchant de glisser. Au contraire, ce glissement se fait assez facilement quand on tire sur l'anse supérieure, qui n'est pas bridée comme la première sauf de rares cas où on rencontre le ligament sous spigelien ou une autre crête péritonéale très developpée au niveau de la paroi supérieure de l'hiatus de Winslow, comme dans le cas de Gangolphe.

Nous voyons que le bout afférent et efférent de l'anse herniée peuvent occuper au niveau de l'hiatus de Winslow et l'un par rapport à l'autre deux situations différentes : ils peuvent être l'un derrière l'autre ou l'un au-dessus de l'autre, sans compter la torsion de l'anse herniée au niveau de l'hiatus qui rentre dans le cas difficile dont nous

parlerons dans un instant. C'est pour ces cas surtout que nous sera utile l'explication que nous venons de donner au sujet de la résistance éprouvée selon la position du bout intestinal sur lequel on tire.

Dans le cas facile la réduction s'obtient sans aucune difficulté par simple traction, pratiquée comme nous venons de le dire, mais ce n'est pas toujours ainsi.

B) *Réduction par simple traction, après la dilatation de l'hiatus de Winslow.* — Si la traction simple et douce ne suffit pas il faut essayer à la manière de Thomas Sinclair, de dilater doucement l'hiatus de Winslow avec la phalange du petit doigt. Cette dilatation surtout dans les cas récents est possible, spécialement en bas. Elle serait largement suffisante pour la réduction s'il n'y avait pas un peu plus loin au seuil du vestibule le faux de l'artère hépatique, peu extensible, qui enlève beaucoup à l'utilité de notre dilatation.

Après cette prudente dilatation, exercer de nouveau une légère traction sur le bout de l'anse herniée, qui offre moins de résistance ; et si l'on échoue il ne faut pas insister ni employer la force pour tirer. Après cet échec, il faut ou faire le débridement de l'hiatus de Winslow, ou ouvrir l'arrière cavité des épiploons pour pouvoir aller voir ce qui se passe dans cette cavité.

Laquelle choisir de ces deux manœuvres, le débridement ou l'ouverture de l'arrière cavité ? Sans aucune hésitation nous choisirions cette dernière, parce que le débridement ne nous permettra pas de voir ce qui se passe dans l'arrière cavité : dans quel état se trouve l'anse herniée, s'il existe des adhérences ou non, ou une torsion de l'anse. A tra-

vers l'hiatus, même débridé on ne pourra pas détruire les adhérences, supprimer la torsion, faire une entérotomie de décharge sur l'anse herniée si on la trouve utile. Si, l'anse herniée présente des perforations, il serait dangereux de la réduire et de vider le reste de son contenu dans la grande cavité péritonéale. Ce serait rajouter un danger de plus au grand danger déjà existant du fait de l'évacuation du contenu intestinal dans l'arrière cavité, l'anse herniée étant perforée et du fait de l'étrangement même.

Voici pourquoi nous pensons qu'il est beaucoup plus logique de commencer par ouvrir l'arrière cavité pour voir clair et de pratiquer ensuite, s'il le faut, le débridement de l'hiatus.

c). *Réduction après l'ouverture de l'arrière cavité.* — Cette ouverture quelquefois est faite d'avance sous l'influence de la distension de l'arrière cavité par l'anse herniée également distendue. Dans ces conditions la paroi de cette cavité peut se déchirer à certains en droits. Dans le cas de Trèves l'ouverture se trouvait au niveau du petit épiploon dans celui de Blandin au niveau du méso-côlon transverse. Il faut essayer si possible d'utiliser ces déchirures en les agrandissant au besoin, pour aller explorer l'arrière cavité des épiploons et pour faire les manœuvres nécessaires à la réduction. Novaro propose de passer à travers le méso-côlen transverse. Dans notre cas cette même voie a été suivie pour faire l'entératomie de décharge. Delkeskamp passa par le feuillet antérieur du grand épiploon, pour refouler le contenu de l'anse herniée dans la partie libre du gros intestin.

Les cas sont très différents, selon le point où fait saillie la

tumeur herniaire. C'est au chirurgien de choisir au moment de l'opération la voie qui lui donnera le meilleur accès dans l'arrière cavité, tenant compte de la situation des différents organes et de leurs rapports avec la tumeur herniaire.

Une fois l'ouverture de l'arrière cavité faite examiner rapidement l'état de l'anse herniée, si elle présente des altérations, les traiter comme dans les autres hernies étranglées. S'il y a des adhérences les détruire prudemment. Supprimer la torsion de l'anse si on la trouve et pratiquer ensuite *le taxis*.

La voie transmésocolique de Prof. Novaro donne beaucoup de jour pour ces manœuvres. On soulève en haut et à droite l'estomac et le côlon avec le tablier épiploïque ou ce qui reste du côlon et de ce tablier, ces organes pouvant être partiellement herniés. Dans cette position on arrive à explorer bien l'arrière cavité et à sentir avec le doigt explorateur le principale agent de l'étrangement qui est en avant le pédicule hépatique et en bas le faux de l'artère hépatique et qui déterminent la présence d'un sillon sur l'anse correspondante. La portion de l'anse herniée en correspondance avec le faux de l'artère hépatique pénétrant par l'hiatus de Winslow dans le vestibule, pressée par en haut par le lobe de Spiegel tend à tomber dans le récessus inférieur en se réfléchissant sur la concavité de l'artère hépatique, qui l'embrasse par en bas, lui coupe la gorge en la guillotinant pour ainsi dire. Ce faux imprime dans la paroi de cette anse œdematiée et congestionnée un sillon plus ou moins profond. C'est la présence de ce sillon qui empêche l'intestin de glisser et de se laisser attirer hors de l'arrière

cavité. C'est à cause de ce sillon surtout marqué en avant et en bas que nous avons dit plus haut, qu'il fallait tirer sur le bout supérieur ou postérieur de l'anse herniée moins étranglé et pouvant glisser plus facilement.

Pendant que le chirurgien tire doucement l'aide embrassant avec le pouce et l'index l'anse herniée, tâchera de décrocher pour ainsi dire cette anse étranglée, en la soulevant en haut et en écartant autant que possible le lobe de Spiegel en haut et le taux de l'artère hépatique en bas.

Cette simple manœuvre permettra souvent d'obtenir la réduction. Si l'anse résiste encore il faut tâcher à la manière de Delkeskamp de refouler le contenu de cette anse dans le bout afférent de l'intestin flasque. Pour y arriver il ne faut pas chercher de faire ce refoulement d'un seul coup. Il faut vider portion par portion : l'aide avec les doigts d'une main pince l'intestin hernié à quatre travers de doigt par exemple de l'orifice herniaire, isolant ainsi une poche, avec l'autre main il exerce une pression sur la paroi de cette poche, qui se vide, sous l'influence de cette pression, à travers l'hiatus de Winslow. Il est probable qu'une fois la première portion vidée l'intestin se laissera attirer. Toute la difficulté est au début de mobiliser la première portion de l'intestin étranglé en délogeant l'agent constricteur de son sillon qu'il a imprimé dans la paroi intestinale épaissie et congestionnée. Le reste de l'intestin n'offrira pas de résistance.

d) *Réduction après l'entérotomie de décharge sur l'anse herniée.* — Si l'on n'arrive pas à vider de cette manière l'anse herniée, il faut faire l'entérotomie de décharge sur cette anse en prenant les précautions nécessaires pour ne

pas souiller le péritoine avec le contenu intestinal. C'est ici qu'on pourrait employer avec avantage une longue sonde, ou le trocart de Potain, qui permet de ponctionner l'anse et d'aspirer au besoin le contenu. Le tube de Paul pourrait également rendre des services. Une fois l'anse vidée et refermée, on recommence la traction toujours très prudente.

Il est presque sûr qu'après avoir pris toutes ces précautions : l'hiatus prudemment dilaté avec la phalange du petit doigt, l'anse herniée vidée soit par refoulement du contenu dans le bout efférant de l'intestin flasque, soit par l'entérotomie de décharge, le lobe de Spiegel repoussé en haut, le taut de l'artère hépatique en bas — nous arriverons à obtenir la réduction.

Si encore nous n'arrivons pas au résultat désiré il ne nous restera qu'une seule chose à faire, c'est le débridement de l'hiatus de Winslow.

c) *Réduction après le débridement de l'hiatus de Winslow.* — Ce débridement, à notre connaissance n'a jamais encore été pratiqué sur le vivant en vue de la réduction d'une hernie à travers l'hiatus de Winslow. Trèves et Arthur Nève sont d'accord sur l'impossibilité de ce débridement. D'autres pensaient la même chose.

A l'heure actuelle on considère ce débridement comme possible et c'est avec raison, parce que, bien qu'on ne l'ait pas fait sur le vivant en vue de la réduction d'une hernie à travers l'hiatus de Winslow, on l'a fait en vue des interventions sur le cholédoque. Cette possibilité a été démontrée sur les cadavres. Nous l'avons constaté nous-mêmes.

On est donc d'accord sur la possibilité de ce débridement, mais on n'est pas d'accord sur la voie qu'il faut suivre pour le faire.

Jeanbreau et Riche ont proposé la voie inter-porto-cholédocienne. Voici ce qu'ils en disent : « Le débridement n'est possible qu'en bas à condition de pouvoir passer sans les léser entre la veine porte et la veine cave. » Voici la technique qu'ils proposent : « L'opérateur reconnaissant le pédicule hépatique avec l'index gauche introduit dans l'hiatus, incise sur la première portion du duodénum et parallèlement à sa direction, le péritoine qui forme le feuillet antérieur du petit épiploon. Dès lors l'abaissement de la première portion du duodénum est rendue possible, tandis que le lambeau péritonéal est refoulé en haut, découvrant les organes du pédicule hépatique. On a alors devant les yeux la partie la plus large de l'espace porto-cholédoque-dont le fond est formé par le feuillet postérieur du petit épiploon, qui va en arrière se réfléchir sur la veine cave intérieure. Repérant ensuite le cholédoque entre le pouce et l'index gauches, l'opérateur perfore avec une sonde cannelée, sur son index protégeant la veine cave, le feuillet postérieur du petit épliploon au ras du cholédoque, et fait ainsi une boutonnière longitudinale, parallèle à la direction du conduit biliaire, et suffisante pour permettre l'introduction du doigt. Il arrive ainsi dans l'hiatus. A ce moment un écarteur mousse confié à l'aide, recline doucement la lèvre gauche de la boutonnière, qui renferme la veine porte et l'artère hépatique. L'opérateur dont l'index gauche protège toujours la veine cave inférieure, introduit la pulpe de l'index droit, dans la boutonnière déjà faite.

Insinuant alors son doigt parallèlement à la direction de la veine, mais vers le bas il agrandit très facilement cette boutonnière, effondrant ainsi le plancher de l'hiatus, grâce à l'élasticité des tissus rétroduodénaux. Une légère traction suffit alors à retirer l'intestin étranglé, à moins qu'il ne soit fixé par des adhérences. Ce qui est rare.

Voici ce que dit de ce procédé de débridement le Professeur L. L. Faure, qui présentait à la Société de chirurgie (Séance du 28 mars 1906) le travail de Jeanbreau et Riche :

« J'ai lu avec beaucoup d'attention cette description du débridement de l'hiatus de Winslow et j'ai même fait à ce sujet quelques recherches cadavériques. Je dois dire que je ne saisis pas très bien les avantages du procédé préconisé par nos confrères et qu'il me semble possible de pratiquer ce débridement par un procédé plus simple. Si j'ai bien compris leur description M. Jeanbrau et Riche conseillent de faire, après incision horizontale du feuillet antérieur de l'épiploon gastro-hépatique. Une incision verticale du feuillet postérieur, en passant entre le cholédoque et la veine porte, au risque de rencontrer sur son passage des vaisseaux qu'il faut lier. C'est là surtout dans une région distendue par un intestin étranglé une opération bien délicate. D'autre part, je ne vois pas bien comment l'agrandissement au doigt d'une boutonnière longitudinale pourra augmenter le diamètre de l'hiatus. Je sais bien que quand le péritoine vient d'être incisé quelque part, le doigt introduit dans l'incision peut le déchirer dans tous les sens, mais il n'en est pas moins vrai que je trouve cette voie bien délicate, pour ne pas dire bien dangereuse ».

Après avoir jugé ainsi le procédé de Jeanbreau et Riche

le Prof. I. L. Faure conseille de faire le décollement duodéno-pancréatique pour pouvoir débrider l'hiatus de Winslow en bas.

Da Silva Rio Branco, dans un article bien documenté (*Presse medicale* 1907, N° 35, p. 273), a attiré l'attention sur tous les dangers que présente la voie de Jeanbreau et Riche. Il a examiné à ce sujet 20 cadavres et a constaté que dans la moitié des cas l'espace inter-porto-cholédocien n'existait pas ou existait, réduit à une simple fente, et dans l'autre moitié, cet espace existait mesurant 0,26 mm. de hauteur sur 0,09 mm. de largeur à la base d'où il conclut, qu'une fois sur deux, si l'on cherchait à pénétrer dans l'hiatus par cette voie, la veine porte pourrait être intéressée. Dans la moitié des cas où l'espace porto-chalédocien existait da Silva a trouvé cet espace traversé à différentes hauteurs par des nombreux vaisseaux comme : l'artère hépatique, sa branche droite, l'artère gastro-duodénale avec sa branche pancréatico-duodénale supérieure droite. Des rameaux pancréatico-duodénaux et duodénaux pyloriques branches de l'artère hépatique ou gastro-duodénale, sans compter le lacis veineux qui entoure le cholédoque formant un véritable plexus, et des nombreuses veines pancréatico-duodénales, duodéno-pyloriques, cystiques, cholédociennes pyloriques qui donnent naissance à un tronc veineux important qui vient se jeter dans le flanc droit de la veine porte à la partie moyenne de l'espace inter-porto-cholédocien. Da Silva conclut ainsi : « La traversée de l'espace inter-porto-cholédocien s'accompagne donc toujours d'une hémorragie notable. Les manœuvres déjà délicates à travers l'étroit espace ou l'on opère, le seront encore davantage

par l'existence d'un suintement sanguin continu. D'autre part, l'hémostase de nombreux vaisseaux de l'espace inter-porto-cholédocien nécessite la pose de nombreuses ligatures, au contact de la veine porte ou de l'artère hépatique ce qui d'une façon indirecte peut exposer à la blessure de ces vaisseaux. La voie inter-porto-cholédocienne proposée pour aller débrider l'hiatus de Winslow nous semble exposer l'opérateur à blesser bien souvent la veine porte, l'artère hépatique ou la branche droite de bifurcation de cette artère, conséquence bien grave, puisque l'expérimentation a démontré que la ligature de chacun de ces vaisseaux est mortelle, quand cette ligature est posée au-dessus de leurs grosses branches collatérales. D'autre part, la voie porto-cholédocienne est toujours étroite et d'un abord pénible par suite du suintement sanguin que détermine la section inévitable de nombreux rameaux artériels ou veineux. C'est donc suivant l'expression de M. I. L. Faure une voie bien délicate pour ne pas dire bien dangereuse ».

L'opinion de Da Silva est donc la même que celle de Prof. I. L. Faure.

De notre côté nous avons fait quelques recherches cadavériques qui nous ont permis de constater que le débridement de l'hiatus de Winslow en passant par l'espace inter-porto-cholédicien était un exercice bien intéressant sur les cadavres seulement, mais que nous n'accepterions jamais sur nous-même, si nous avions la malchance d'être atteint d'une hernie à travers l'hiatus de Winslow et nous nous demandons si les auteurs qui proposent ce procédé l'auraient accepter sur eux-mêmes. Et ceci parce que ce procédé enlève au moins la moitié du peu de chance de guérison qu'on a

dans ce cas, la mortalité étant, sans ce danger, de deux tiers environ du nombre total d'opérés.

Nous sommes arrivés à peu près aux mêmes résultats que da Silva. Ce procédé est non seulement délicat et dangereux, mais encore trop long à cause des nombreuses ligatures qu'on est obligé de poser, la section de nombreux vaisseaux étant inévitable. Or l'état du malade est souvent très grave. Le temps n'est pas à perdre. D'un autre côté nous avons trouvé que l'agrandissement de l'hiatus de Winslow en bas à travers la boutonnière longitudinale de Jeambreau et Riche n'était pas beaucoup plus utile que la dilatation douce avec la phalange du petit doigt à la façon de Thomas Sinclair dont nous avons parlé plus haut. Ces deux auteurs ont l'air de négliger trop en bas la présencedu faux de l'hépatique et qui malgré la boutonnière longitudinale, reste au seuil du vestibule le principal obstacle à la réduction. Nous nous excusons d'y insister encore, mais ceci nous paraît d'une importance capitale. Il faut écarter cet obstacle.

On n'y arrive qu'après le décollement duodénaux pancréatique qui rend l'attache inférieure du pédicule hépatique et le faux de l'artère hépatique mobile. Nous avons vu que cette artère est d'abord collée à la paroi postérieure de l'abdomen au devant du pilier droit du diaphragme et qu'ensuite en se détachant de cette paroi elle détermine un soulèvement péritonéal en se portant en avant et à droite vers le flanc gauche de la veine porte et au devant de cette veine. Elle présente dans son trajet plusieurs concavités : d'abord une concavité qui regarde en avant, puis une autre regardant en haut et une troisième regardant à droite vers le flanc gauche de la veine porte. Après le décollement

duodéno-pancréatique, nous arriverons à effacer les sinuosités de cette artère et à la transformer en une sorte de jugulaire à deux points fixes : point d'origine coeliaque et point d'abouchement hépatique. En écartant cette jugulaire de la paroi postérieure de l'abdomen, surtout son extrémité gauche, et en l'attirant en avant, en haut et à gauche, avec le pédicule hépatique ensemble dont l'attache inférieure est rendue mobile par suite du décollement duodéno-pancréatique. Cette manœuvre nous permettra d'agrandir un peu l'orifice herniaire et de déloger cette jugulaire du sillon qu'elle a imprimé dans la paroi intestinale épaissie et congestionnée. Après ceci la réduction est relativement facile. La boutonnière longitudinale de Jeanbreau et Riche ne permet pas cette manœuvre. C'est encore une raison à côté de tous les autres pourquoi nous sommes d'accord avec da Silva et prêt à suivre le conseil du Prof. L. L. Faure au sujet du débridement de l'hiatus de Winslow, après le décollement duodéno-pancréatique.

Décollement duodéno-pancréatique. — Voici d'après Wiart comment il faut faire ce décollement : Le foie étant bien relevé et l'angle colique droit attiré en bas et à gauche, on fait une incision curviligne commençant le long du bord externe du côlon ascendant s'il n'y a pas de méso, de l'insertion de ce méso s'il existe, contournant l'angle hépatique du colon, longeant enfin la portion verticale du duodénum on s'arrête au niveau de l'extrémité supérieure de cette portion. On peut être gêné ici par l'existence du ligament cystico-duodéno-épiploïque ou du diaphragme que nous avons signalé, mais il n'y a aucun inconvénient à inciser transversalement ces formations péritonéales, pour se donner du

jour. Puis avec le doigt on procède au décollement de l'angle colique, du duodénum et de la tête du pancréas avec les organes du pédicule hépatique. Une fois ce décollement fait on arrive facilement à effondrer le bord inférieur de l'hiatus de Winslow et à faire les manœuvres que nous avons décrites plus haut, pour faire la réduction à travers l'hiatus ainsi débridé.

Il faut naturellement bien vérifier si la réduction est totale, s'il n'existe pas des brides épiploïques pour ne pas avoir de surprises (Gangolphe, Stecchi). S'assurer également si le rétablissement de la circulation des matières à travers la portion de l'intestin étranglé est possible.

Naturellement il faut aller vite parce que l'état du malade est souvent grave et exige d'être bien observé pendant l'opération en surveillant le pouls et la tension artérielle. Cette gravité est quelquefois telle qu'on sera obligé, comme dit le Prof. I. L. Faure, de se contenter d'un anus contre nature le plus bas possible au-dessus de l'obstacle, defaçon à supprimer les accidents immédiats de l'occlusion. Si l'état du malade s'améliore on pourrait faire une deuxième intervention pour lever l'obstacle, dans de meilleures conditions, tête reposée. Mais nous avons grand espoir, qu'un chirurgien prévenu, osant penser à la possibilité d'une hernie à travers l'hiatus de Winslow, malgré son extrême rareté, au courant de cette question, arrivera presque toujours, en procédant comme nous venons de l'exposer à faire la réduction rapidement à la première intervention et à sauver souvent le malade. Ce qui est surtout préjudiciable pour le malade, c'est la surprise du chirurgien. Si l'opérateur n'ose même pas penser à la possibilité de cette hernie au cours de l'intervention

à cause de sa rareté, alors le malade est forcément perdu si par malheur il est atteint de cette affection.

Dans notre cas nous fûmes prévenus vers midi que nous devions assister le Dr de Martel à 5 heures du soir pour une intervention d'urgence pour l'occlusion intestinale. Avant d'aller au rendez-vous nous passâmes en revue toutes les causes de l'occlusion intestinale même les plus rares, comme les hernies à travers l'hiatus de Winslow, que nous n'avions jamais vues jusque-là. Cette révision nous permit de reconnaître assez rapidement à l'ouverture du ventre la variété d'occlusion et de contribuer ainsi à sauver le malade abrégeant le temps de recherche de l'obstacle ce qui n'est pas négligeable surtout quand il s'agit d'une intervention pour l'occlusion intestinale où le temps n'est pas à perdre.

Il faut donc oser penser même aux affections les plus rares et rafraîchir la mémoire avant d'intervenir en se demandant qu'est-ce qu'on ferait si on se trouvait en présence de cette rareté. Ce rafraîchissement de la mémoire rendra service et à l'opérateur et surtout à l'opéré qui souffre assez de sa maladie pour ne pas souffrir davantage de la surprise du chirurgien.

CONCLUSIONS

Définition. — On appelle hernie étranglée à travers l'hiatus de Winslow, le passage d'une partie du contenu abdominal à travers cet orifice dans l'arrière cavité des épiploons et s'accompagnant le plus souvent des phénomènes d'occlusion intestinale.

Orifice herniaire. — C'est l'hiatus de Winslow limité :

En haut : par le prolongement caudé du lobe de Spiegel.

En bas : par la réflexion du péritoine pariétal pré-cave sur la première portion du duodénum.

En arrière : par la veine cave inférieure.

En avant : par le ligament hépato-duodenal contenant le pédicule hépatique.

Sac herniaire. — C'est l'arrière cavité des épiploons comprenant le vestibule, la poche retro-stomacale et la bourse épiploïque.

Contenu. — Le plus souvent c'est l'intestin grêle, le gros intestin ensuite et rarement le grand épiploon.

Agent d'étranglement. — Ce sont les bords de l'hiatus de Winslow avec le faux de l'artère hépatique, placé en bas au seuil du vestibule.

Dispositions anatomiques anormales favorisant la production de ces hernies. — L'absence, faible développement ou le déplacement du grand épiploon ; présence d'un mésocôlon ascendant, d'un mésentère commun pour tout l'intestin ; la longueur anormale du mésentère ; l'hiatus de Winslow anormalement large.

Causes mécaniques. — efforts, pressions sur l'abdomen, constipation, purgatif, toux, accouchement.

Symptômes. — *Une tuméfaction* surtout perceptible au début et siégeant le plus souvent au niveau de la région périombilicale, à l'épigastre ou à l'hypocondre droit. *Une douleur* plus ou moins vive souvent surtout marquée au niveau de la tuméfaction, et en plus, les signes habituels d'occlusion intestinale.

Diagnostic. — Impossible puisqu'il n'y a pas de signes pathognomoniques. On pose d'habitude diagnostic de l'occlusion intestinale. La douleur et la tuméfaction avec leur siège caractéristique pourraient peut-être au début faire soupçonner la variété d'occlusion.

Traitement. — L'Entéroclyse et le lavement électrique et en cas d'insuccès l'intervention en tenant compte de l'état du malade et du milieu dans lequel on se trouve.

Si l'état du malade est grave et si on se trouve dans des mauvaises conditions on fera l'anus contre nature sur l'intestin distendu au-dessus de l'obstacle et plus tard si l'état du malade le permet et nécessite on réinterviendra pour lever l'obstacle dans de meilleures conditions.

Si l'état du malade et les conditions ne sont pas trop défavorables on fera la laparotomie et la levée de l'obstacle séance tenante.

Laparotomie. — L'opéré étant en position de lordose dorso-lombaire, le chirurgien à gauche, son aide à droite on fait une incision médiane sus et sous ombilicale et on va chercher l'obstacle comme dans tous les cas d'occlusion intestinale. On reconnaîtra l'hiatus de Winlsow d'après sa situation anatomique et surtout en sentant les battements de l'artère hépatique.

Réduction de l'anse herniée. — *a*) Cette réduction se fait quelquefois toute seule au moment où le chirurgien plonge la main dans le ventre. *b*) Souvent une légère traction dans le sens de moindre résistance suffit pour obtenir cette réduction. On éprouvera moins de resistance en tirant sur le bout supérieur ou postérieur de l'anse herniée que sur le bout antérieur ou inférieur. *c*) Si la simple traction ne suffit pas on essayera de dilater prudemment l'hiatus de Winslow avec la phalange du petit doigt. Cette dilatation permettra souvent de réduire l'intestin par une légère traction. *d*) Si la traction et la dilatation de l'hiatus de Winslow restent sans résultat, on ouvrira l'arrière cavité le plus souvent au niveau du méso-côlon transverse, ou en faisant le décollement coloépiploïque conseillé par Lardennois et Okinzyc, pour voir ce qui se passe dans cette cavité : les adhérences ou torsion de l'anse herniée seront supprimées, les altérations de cette anse traitées comme dans les autres hernies étranglées. Ceci fait on essayera de faire *le taxis* en refoulant d'abord petit à petit le contenu de l'anse herniée dans le bout éfférent de l'intestin flasque. Une fois l'anse vidée le chirurgien recommencera d'exercer une légère traction pendant que l'aide, soulevant et embrassant avec le pouce et l'index l'anse herniée, tâchera de repousser le lobe de

Spiegel en haut et le faux de l'artère hépatique en bas. Cette manœuvre permettra très probablement d'obtenir la réduction. *e*) Si on n'arrive pas à vider l'anse herniée comme nous venons de le dire, il faut la vider par une entérotomie de décharge et recommencer la traction comme tout à l'heure *f*). Si toutes les manœuvres précédentes échouent on fera le débridement de l'hiatus de Winslow en bas en faisant le décollement duodéno-pancréatique et la manœuvre de la jugulaire, en tirant le pédicule hépatique et le faux de l'artère hépatique, qui constituent la jugulaire, en avant en haut et à gauche, pour le déloger ainsi du sillon imprimé dans la paroi épaissie et congestionnée de l'anse étranglée. Une nouvelle traction sur cette anse amènera la réduction.

Après la réduction on réunira les bords de l'incision péritonéale faite au moment du débridement de l'hiatus et au besoin même on fermera complètement cet orifice pour éviter la récidive en collant le bord libre du petit épiploon au péritoine pariétale postérieur par quelques points de sutures.

Le pouls et la tension artérielle du malade seront surveillés de près pendant et après l'opération qui doit être exécuté avec douceur et rapidité. L'état du malade sera soutenu par des piqûres et autres soins appropriés.

Pronostic. — Grave, puisque sur les 26 cas réunis il y a 20 morts, la mortalité totale étant ainsi presque de 80 p. 100. Sur ces 26 cas il y a 18 opérés dont 12 morts et 6 guérisons, la mortalité opératoire est, par conséquent, de 66 p. 100 à peu près.

Mais nous espérons qu'un chirurgien prévenu et non surpris, au courant de la question, en ne purgeant pas ses malades, en ne perdant pas le temps, en procédant comme nous venons de l'exposer, arrivera à faire mieux.

Le Président :
Prof. HARTMANN.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. POINCARE.

BIBLIOGRAPHIE

—

Adjaroff. — (Cité par Hilgenreiner. *Prag. Méd.*, 11 oct. 1903, p. 571).

Ancel et Sencert. — *Sur le petit épiploon, le lig. duodéno épiploïque*, Bibl. Anat., 1903.

Ancel et Sencert. — *Les lig. hépatiques, Journal de l'Anatomie et d la Physiologie*, 1903.

Ancel et Sencert. — *Sur l'entonnoir pré-vestibulaire*, C. R. Soc. de Biol., 1903.

Blandin. — *Anatomie topo. ou Anat. des régions du corps humain*, 2e éd., 1834, p. 467.

Carwardine. — *Note on a case of hernia through the foramen of winslow*, The Lancet, 24 oct. 1908, p. 215.

Deskeskamp. — *Zur Kasuistik der inneren hernien speciell der hernio foraminis Winslowii, Beitr. zur klinische chirurgie*, 1905, vol. XLVII, 3, p. 644.

Daniel (Friedreich). — *Beitr. zur Lehre von den retroperitonealen Hernien. Bonn. thèse*, 1904.

Fredet. — *Péritoine in Traité d'Anatomie, de Poirier et Charpy.*

Groves (H. J. F.) and Marten (R. H.). — *A case of hernia into the foramen of Winslow, cœliotomy, reduction ; double enterotomy ; recovery, Indian méd. Rec.*, Calcutta, 1901, XX, 333; et Australas, *M. Gaz.*, 1900, XIX, 413.

Heymann. — *Beiträg zur Casuistik der Hernia foram. Winslowii, Thèse*, Münich, 1892.

Haw (H.). — *A case of hernia through the foramen of Winslow*, Lancet, 5 June, 1909, p. 1598, t. I.

Hilgenreiner. — *Zur Casuistik der Hernia bursæ amentalis. Prag. Méd. Woch.*, XXVIII, n° 41 à 43.

Ionnesco. — *Hernies internes retro-péritonéales...* Paris, Steinheil, 1890.

J. L. Faure. — *Bul. société de chir.*, 28 mars 1906, p. 384. Rapport sur le travail suivant.

Jeanbreau (E.) et Riche (V.). — *Occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow, Revue de chirurgie*, 1906, p. 619 et 779.

Kirmisson. — *Sur un cas d'occlusion intestinale, Journ. des prat.*, 26 avril 1919, p. 260.

Lejars (F.). — *Chirurgie d'urgence.*

Morton (Charles). — *A clinical lecture on a case of hernia strangulated in the foramen of Winslow. Brit. med. Journ.*, p. 641, 644, 13 March 1909.

Majoli (G.) — *Storia di une occlusione lenta dell' intestino cagionata dal passagio e dallo strozzamento di un'ansa del crasso attraverso il forame del Winslow, Ro . clin. di Bologna*, 1884, 35, IV, 605, 622.

Mori. — *Ernia pel foramen di Winslow. Gazz. med.* Lombarda, Milano, 1898, LVII, 257.

Moynihan and Dobson. — *Retroperitoneal hernia*, 2e édition, 1906, London.

Nève (A.). — *Hernia into the foramen of Winslow*, Lancet. Londres, 1892, I, 1175.

Novello (A.). — *Gazetta medica della provincie de Venete*, 1881, n° 38.

Picado (I. S.). — *Un caso de hernia interna retro-peritoneal por el hiatus de Winslow, Rev. de la Societ. Med. Argentina*, Buenos-Ayres, 1893, II, 10-18.

Quenu. — *Notes sur l'Anatomie du cholédoque. Rev. de chir.*, 1895, p. 568, 576.

Rehn. — *Ueber Behandlung des acuten Darmverschluss. Archiv. f. Klin. chir.*, 1892, Bd XLIII, p. 298, obs. V, p. 310.

Rawitsch-Schtscherbo. — *Ein Fall von durchgangigkeit des Darmes bedingt durch Einklem. eines Diuundanu divertikels im foramen Winslowii Woyenno-medicinski shurnal*, avril 1899, *id.*, in Hildebrand, 1899, p. 627.

Rokitansky (C.). — *Handbuch der speciellen pathologischen Anatomie*, Bd. III, Wien, 1842, 218.

F. Schwalbe. — *Intraabdominalle Hernie der Bursa omentalis bei geschlos. Foramen Winslowii*, p. 561, Virchowis Archiv., Bd. 177, H. 3, 1904.

Square (J. E.). — *A case of strangulated internal hernia into the foramen of Winslow, Brit. med. Journ.*, London, 1886, I, 1163.

Stecchi (R.). — *Ernia retroperitoneale atraverso il forame, del Winslow dissertazionne, La clinica chirurgica*, Milano, 1894, II, 653, 664.

Silva da Rio Branco. — *Dangers du débridement de l'Hiatus de Winslow par l'espace inter-porto-cholédocien. Presse Méd.*, 1907, n° 35, p. 273.

Silva da Rio Branco. — *Thèse, Paris*, 1912. *Anat. et Méd. opér. du tronc cœliaque.*

Treitz. — *Hernia retroperitonaalis. Ein Beitrag zur geschichte inneren Hernien*, in-8°, Prag. 1857.

Trèves. — *Clinical lecture on hernia into the foramen of Winslow*, Lancet, London, 1888, II, 701, 704.

Thomas Sinclair. — *Strangulated hernia throug the foramen of Winslow, Brit. Méd. Journ.*, 1909, 13 march, p. 646.

Wiart. — *Recherches sur l'anatomie topographique et les voies d'accès du cholédoque, Thèse*, Paris, 1899.

Wolfromm (G.). — *L'arrière cavité des Epiploons. Thèse*, Paris, 1919.

Martel (de Th) et Delitch (R.). — *Hernie étranglée à travers l'hiatus de Winslow. Laparotomie. Entérotomie-réduction, guérison. Observation personnelle.*

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie Bussière.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE